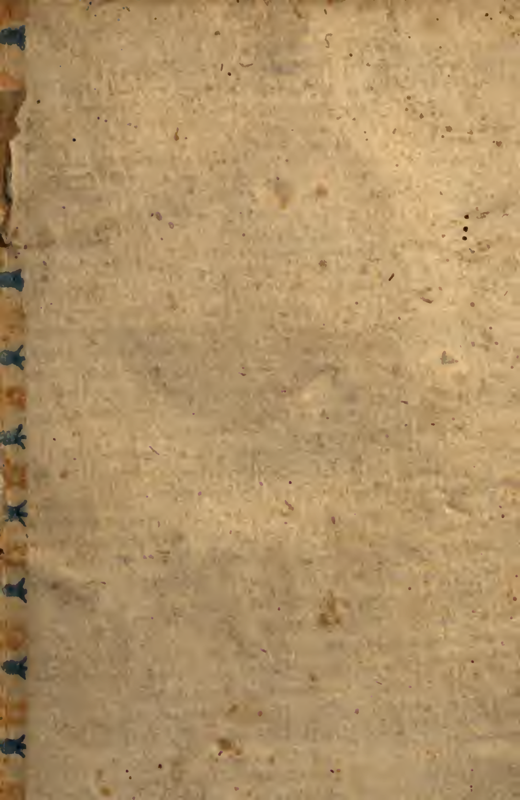
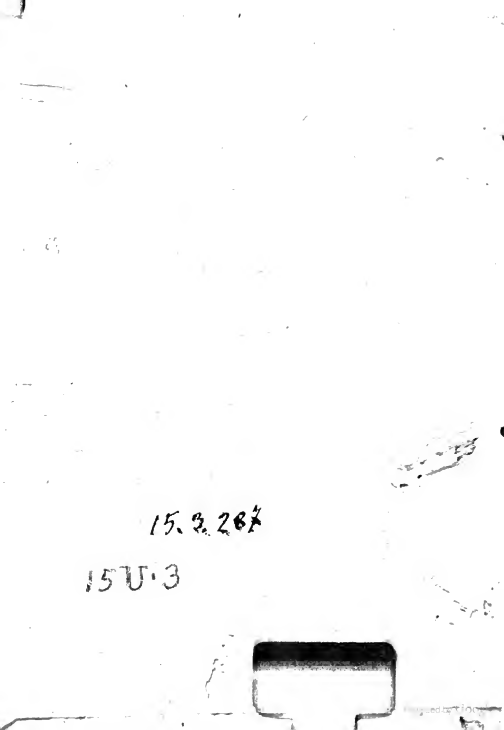
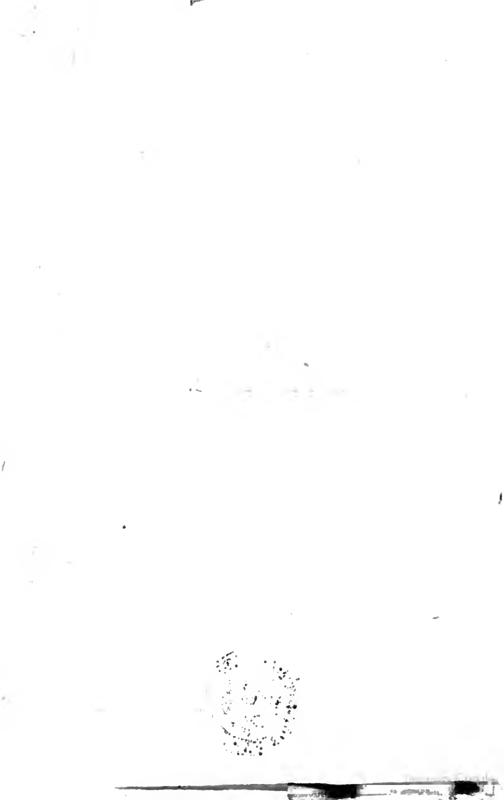




# L'ART DES ACCOUCHEMENS.

TOME SECOND.



# L'ART DES ACCOUCHEMENS,

PAR J. L. BAUDELOCQUE,

*Professeur à l'École de Santé de Paris, Membre de la Société de Santé de la même ville, et de celle de Bruxelles.*

TROISIÈME ÉDITION,

*REVUE, CORRIGÉE, ET AUGMENTÉE.*

TOME SECOND.



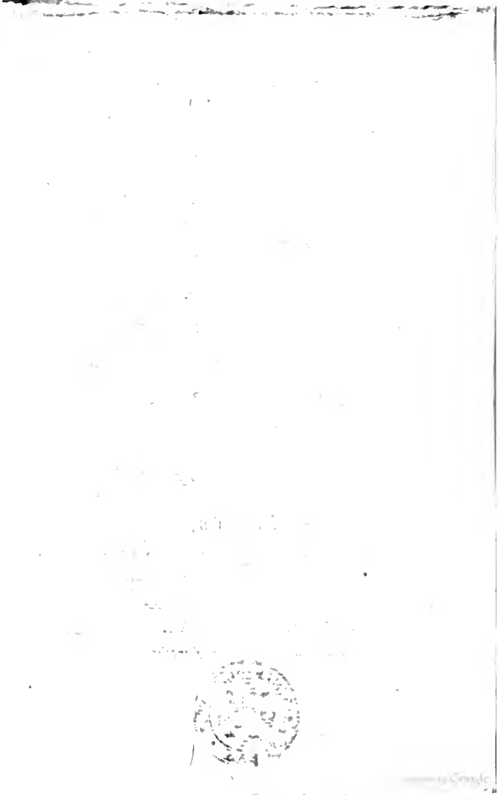
A PARIS,

Chez MÉQUIGNON l'aîné, Libraire, rue de l'École de Santé, vis-à-vis la rue Haute-Feuille.

M. DCC. LXXXXVI.

*An Vème de la République française.*





# TABLE

## DES CHAPITRES, ARTICLES ET SECTIONS

Contenus dans le second Volume.

### SUITE DE LA TROISIÈME PARTIE.

Fin de la Table du Tome second.

L'ART



# L'ART DES ACCOUCHEMENS.

Suite de la troisième Partie.

## CHAPITRE III.

*Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente le sommet de la tête à l'orifice de la matrice.*

1274. Les accouchemens où l'enfant présente le sommet de la tête à l'orifice de la matrice seroient toujours les plus avantageux, si les lois de la nature étoient immuables dans cette fonction, si les femmes étoient exemptes de toutes espèces d'accidens, et si le rapport qu'on observe communément entre les

Accouchemens dans lesquels le sommet de la tête se présente.

diamètres de la tête et ceux du bassin se trouvoit constamment le même ; car les obstacles qui s'opposent à ces accouchemens, ou qui les rendent difficiles et dangereux, ne viennent que de ces trois sources, réunies ou séparées.

## ARTICLE PREMIER.

*Des causes qui rendent contre nature ou difficiles les Accouchemens dans lesquels l'enfant présente le sommet de la tête, et des indications qu'elles prescrivent.*

Des causes qui exigent les secours de l'art dans les accouchemens où le sommet de la tete se présente.

1275. Ces causes, dont la plupart ont été exposées dans autant de Sections particulières, sont en grand nombre. Celles qui proviennent de la mère dépendent de certaines défectuosités du bassin, du manque de forces nécessaires pour l'expulsion de l'enfant, et de quelques accidens qui surviennent avant ou dans le cours du travail. Celles qui dépendent de l'enfant viennent du volume extraordinaire de sa tête, relativement au bassin de la mère ; de la manière dont elle se présente à l'entrée de cette cavité ; de la présence d'une main ou d'un pied qui l'empêche de s'y engager ; de la direction que lui impriment, dans sa descente, les forces expultrices de la matrice ; de l'issue prématurée du cordon ombilical, etc. (1). N'ayant pu déterminer suffisamment jusques ici ce que nous entendons par mauvaises positions de la tête, et exposer le mécanisme par lequel plusieurs de ces positions peuvent avoir lieu dans le cours du travail, nous en ferons le sujet d'une Section particulière.

---

(1) Nous ne parlons pas ici des causes qui exigent absolument le secours des instrumens, les réservant pour la quatrième partie de cet Ouvrage.

## SECTION PREMIÈRE.

*De la mauvaise situation de la tête de l'enfant en général, et sur-tout de celle qu'elle est quelquefois forcée de prendre en s'engageant dans le bassin.*

1276. La position de la tête est désavantageuse ; quoique celle-ci présente le vertex, toutes les fois que son grand diamètre ne se trouve pas selon le plus grand du détroit qu'elle doit franchir : elle sera donc telle, lorsque l'occiput ou le front sera tourné vers le pubis dans le commencement du travail, et restera vers l'un des os ischium dans le dernier temps. La position de la tête deviendra d'autant plus désavantageuse dans tous ces cas, que le bassin de la femme s'éloignera davantage de sa meilleure conformation ; et bien plus encore, selon que la face aura plus de propension alors à se porter vers le pubis dans le dernier temps du travail. (*Voyez* §. 671 et suivans.) Mauvaise position du sommet de la tête.

1277. Quoique la tête de l'enfant se présente convenablement à l'entrée du bassin, l'accouchement ne peut être facile qu'autant qu'elle suit, dans sa descente, la marche qui a été décrite en exposant le mécanisme des différentes espèces d'accouchemens naturels. Lorsqu'elle s'engage autrement, ses plus grands diamètres s'avancent de front, et viennent se présenter dans toute leur longueur à ceux du détroit inférieur, tantôt dans une direction, et tantôt dans une autre ; ce qui rend sa sortie très-difficile pour l'ordinaire, et quelquefois impossible sans les secours de l'art.

1278. Quand la tête suit sa marche naturelle, elle conserve sa flexion antérieure, et le menton reste appliqué sur le haut de la poitrine, jusqu'à ce que la base de l'occiput soit appuyée contre le sommet de l'arcade du pubis, ou sur le bord antérieur du périnée, si la face vient en-dessus. On remarque le

contraire dans le cas dont il s'agit ; le menton quitte le haut de la poitrine, et la tête se renverse sur le dos dès qu'elle commence à s'engager ; de sorte que c'est la fontanelle antérieure, ou bien la partie supérieure du front, qui vient à la longue se placer au centre du bassin ou détroit inférieur.

Opinion de M. *Levret*, sur cette mauvaise position accidentelle.

1279. M. *Levret* nous offre, dans l'une de ses observations, le tableau le plus exact de cette mauvaise position accidentelle de la tête ; mais, selon cet Auteur, elle n'a d'autres causes que la situation oblique et latérale du corps de l'enfant, qu'il regarde comme la cause la moins connue de toutes celles qui rendent l'accouchement laborieux. Tous les obstacles qui s'opposent à la sortie de l'enfant dans le cas dont nous parlons, proviennent, dit-il, de cette situation du corps exclusivement ; ce sont les épaules, arrêtées au détroit supérieur, qui empêchent la tête de descendre, soit que la nature s'efforce de l'expulser, soit qu'on entreprenne de l'extraire avec le forceps ou autrement (1). *De la Motte* et *Smellie* ne se sont pas expliqués aussi clairement à l'occasion de cette fâcheuse position de la tête, mais ils ont mieux saisi la véritable indication qu'elle nous offre.

Des causes qui forcent la tête de l'enfant à descendre de la manière dont il s'agit.

1280. Cette position est l'effet de la direction des forces utérines, et de la manière dont elles agissent sur la tête. On ne l'observe presque jamais que l'obliquité de la matrice, qui en est la cause déterminante, n'ait lieu du côté où répond l'occiput. La direction des forces expultrices, dans les autres cas, est constamment telle qu'elles agissent de manière à faire descendre l'extrémité occipitale de la tête ; mais elle n'est plus la même dans celui dont il s'agit ; et celle selon laquelle agissent ces forces, traverse la tête obliquement de sa base au vertex, et de l'occiput au

(1) Voyez la seconde Observ. de M. *Levret*, sur les causes et les accidens de plusieurs accouchemens laborieux, quatrième édition, page 4.

front, un peu au-devant du centre de son mouvement; de sorte qu'elles la contraignent de se renverser sur le dos, à mesure qu'elle fait un pas pour descendre. M. *Levret* n'attribuoit cet effet à la situation latérale du placenta, et à celle du tronc de l'enfant dans la matrice, que parce qu'il étoit dans l'opinion que l'obliquité latérale de ce viscère provenoit toujours de l'insertion du placenta sur l'un des côtés. En adoptant le sentiment de ce célèbre Accoucheur, tant sur ce dernier point que sur celui qui nous occupe spécialement ici, ce seroit adopter une foule d'erreurs dont il n'a pu se garantir, et partager en quelque sorte la critique judicieuse à plusieurs égards, mais trop sévère, qu'il en a essuyée (1).

Opinion de M. *Levret*, sur les moyens de prévenir ou de corriger cette position de la tête.

1281. Presque le seul qui ait parlé clairement de cette mauvaise position de la tête, M. *Levret* a recommandé pour la prévenir, d'ouvrir la poche des eaux de bonne heure, et d'aller chercher les pieds de l'enfant toutes les fois que la face se présente de côté; mais ce précepte, donné avec toute la confiance que peut seule inspirer une longue expérience, nous paroît avoir échappé à la sagacité de son Auteur. Il seroit dangereux de le suivre aveuglément; car des milliers d'enfans qui n'auroient trouvé que de foibles obstacles à leur naissance, pourroient être victimes d'un pareil procédé; l'accouchement où les pieds viennent ainsi étant assez souvent dangereux, et la face se présentant d'abord presque toujours de côté dans celui qui se fait naturellement.

1282. M. *Levret* n'a pas fait un meilleur emploi de ses grandes connoissances, dans ce qu'il a proposé pour vaincre les difficultés qui naissent de la mauvaise position dont il est question. Au lieu de chercher à la corriger et à ramener la tête à sa vraie position naturelle, étant dans l'opinion que c'étoient les

(1) Voyez le libelle intitulé : la Pratique des Accouchemens, première partie, par M. *Alphonse le Roy*.

épaules retenues et comme enclavées au détroit supérieur qui s'opposoient alors à l'accouchement, il s'est contenté de recommander de les déplacer et de les diriger suivant l'un des diamètres obliques du détroit ; la face, disoit-il ; se tournera ensuite d'elle-même en-dessus ou en-dessous, et les obstacles cesseront. Personne ne disconviendra que le rapport des épaules au détroit supérieur, dans ce cas, ne soit tel qu'elles ne puissent apporter quelque empêchement à la descente du tronc, même à l'expulsion de la tête ; mais très-certainement l'obstacle principal ne provient pas de cette cause ; il ne dépend que de la mauvaise position de la tête, de ce qu'elle est renversée sur le dos, qu'elle présente son plus grand diamètre de front à l'un des diamètres du détroit inférieur, et que les forces utérines, dirigées comme elles le sont alors, ne tendent qu'à la faire avancer dans cet état, puisqu'il ne s'agit que de la ramener à sa position et à sa marche naturelle, pour mettre la femme dans le cas de s'en délivrer seule. Nous avons plusieurs fois démontré cette vérité au grand nombre d'élèves qui suivoient nos Cours ; et ce n'est pas sans étonnement qu'ils ont vu se terminer, quelques minutes après ce simple déplacement de la tête, des accouchemens qui résistoient depuis long-temps aux efforts de la nature les plus violens et les mieux soutenus. Si nous avions besoin d'autres preuves pour appuyer notre opinion, nous ne les rechercherions que dans les ouvrages de *Smellie*, *de la Motte*, et du célèbre *Levret* même, quoique contraire à son assertion (1).

De la manière de prévenir et [illegible] la [illegible]aise [illegible] [illegible] s'a-[illegible]

1283. Il est toujours assez facile d'empêcher la tête de prendre cette position vicieuse en s'engageant dans le bassin, et de lui faire décrire sa marche ordinaire ;

(1) Voyez les observations que nous avons rapportées dans l'introduction qui est à la tête du premier volume, pour faire sentir la nécessité de bien connoître le mécanisme de l'accouchement naturel.

il ne faut que changer à propos la direction des forces utérines, et soutenir, pendant quelque temps, la partie antérieure de la tête pour faire baisser son extrémité occipitale. On commencera donc, dans les grandes obliquités de matrice, par redresser ce viscère, et en ramener l'axe à-peu-près dans la direction de celui du bassin, soit en faisant coucher la femme sur le côté opposé à l'obliquité, soit au moyen d'une pression exercée convenablement sur le ventre; ensuite, de plusieurs doigts introduits dans le vagin, on soutiendra le front de l'enfant pendant la durée de chaque douleur, afin que les efforts naturels, dont la direction n'est plus la même, agissent sur l'occiput et le fassent descendre. Il faut éviter soigneusement, dans ce procédé, d'appuyer le bout des doigts sur la fontanelle antérieure et sur ses environs, où les os sont très-souples, crainte que l'enfant ne soit victime de la dépression de ces pièces osseuses et de la compression du cerveau, qui ne sauroient cependant être très-grandes si l'on agit méthodiquement.

1284. On doit se comporter de même pour redresser la tête de l'enfant et la ramener à sa marche naturelle, quand on n'a pas su prévenir la mauvaise situation dont il s'agit. La femme étant couchée sur le côté opposé à la déviation du fond de la matrice, on repoussera le front, autant qu'il sera possible, pendant la douleur (1), et avec les précautions recommandées. Si l'on ne réussissoit pas complétement de cette manière, il faudroit introduire l'index et le doigt du milieu de l'autre main, au-dessus de la protubérance occipitale, pour achever de faire des-

(1) C'est dans le temps de la douleur que nous recommandons de repousser le front, et non pendant le calme qui la suit; parce que les efforts de la nature, dont on a changé la direction en changeant la position de la matrice, agissent sur l'occiput, et le portent en avant, comme ils le font dans l'accouchement le plus ordinaire, tandis qu'en relevant le front, nous faisons baisser cette même région occipitale.

cendre cette région en tirant à soi, comme si l'on se servoit d'une espèce de crochet.

1285. Il est si rare qu'on ne puisse, par ce double procédé, opérer le changement nécessaire, ou convertir la mauvaise position de la tête en une meilleure, qu'il sembleroit inutile de prescrire d'autres moyens; mais cependant, comme la tête peut être assez serrée entre les os du bassin pour que les doigts ne puissent pénétrer au-dessus de l'occiput, nous en reparlerons dans la suite, lorsque nous traiterons des accouchemens ou le lévier, vulgairement appelé le *Roonhuisen*, peut être de quelque avantage (1).

1286. Presque toujours la tête s'échappe du bassin, et l'accouchement se termine aux premières douleurs qui surviennent après qu'on a corrigé sa mauvaise situation, à moins que d'autres causes ne s'y opposent. Si les circonstances l'exigent, on se sert alors du forceps, ou l'on se conduit différemment.

## SECTION II.

*Des indications que présentent les Accouchemens où l'enfant offre le sommet de la tête, le travail étant compliqué de quelques causes qui les rendent difficiles.*

1287. La plupart des causes énoncées au §. 1275, présentent des indications, à quelques égards, différentes, non-seulement selon leur espèce et leur intensité, mais encore suivant qu'elles se manifestent plutôt

(1) Ce cas est le seul, selon M. *Levret*, où le lévier puisse être utilement employé. Cet Auteur, dont les vues sur la mauvaise position de la tête, qui fait le sujet de cette section, ne sont plus les mêmes lorsqu'il discute les avantages et les inconvéniens du lévier de Roonhuisen, prouve, par cette espèce de contradiction, que la prévention n'offusque pas toujours l'esprit et le jugement d'un bon observateur. Voyez M. *Levret*, suite de ses observations sur la cause des accouchemens laborieux, édit. quatrième, page 292 et suiv.

ou plus tard dans le cours du travail de l'accouchement.

1288. Si l'on n'a souvent que peu de chose à faire pour dissiper le danger qui provient de quelques-unes de ces causes pour écarter les obstacles qu'elles apportent à l'accouchement, et mettre la femme dans le cas de se délivrer seule, souvent aussi l'on est obligé de déplacer la tête, de retourner l'enfant et de l'extraire par les pieds, d'opérer l'accouchement avec le forceps, ou par le moyen de tout autre instrument. Indications que nous présentent les causes énoncées.

1289. Quand la tête présente sa plus grande longueur au petit diamètre de l'entrée d'un bassin un peu resserré de devant en arrière, l'on n'a d'autre indication à remplir que celle de la déplacer et de lui faire prendre une meilleure position, comme on le prescrit aux §§. 830 et suiv. Lorsque ce vice de position n'a lieu qu'au détroit inférieur, l'on se conduit de même, avec cette différence seulement, qu'on dirige la longueur de la tête selon le diamètre qui va du pubis au sacrum. Si la présence d'une main ou d'un pied s'oppose à la descente de la tête, on fait en sorte de les repousser au-dessus de celle-ci, et de les faire rentrer dans la matrice, à moins que d'autres circonstances n'exigent qu'on agisse différemment (1). Enfin on corrige sa marche défectueuse toutes les fois qu'elle ne suit pas celle qui a été tracée en parlant du mécanisme de chaque espèce d'accouchemens naturels.

1290. Toutes les fois qu'il survient une perte abondante, ou qu'il se manifeste d'autres accidens graves dans le cours du travail, il faut opérer l'accouchement; mais on y procédera différemment, selon que ce travail sera plus ou moins avancé à l'instant où il sera indispensable de prendre ce parti. Lorsque la Des cas où il convient alors de retourner l'enfant, et de ceux où le forceps convient exclusivement.

(1) Voyez §. 1522 et suiv.

tête de l'enfant conserve encore toute sa mobilité au-dessus de l'entrée du bassin, lorsqu'elle est à peine engagée dans ce détroit, et que les eaux de l'amnios sont récemment écoulées, il faut retourner l'enfant et l'extraire par les pieds; mais il vaut mieux se servir du forceps quand la tête est déjà descendue de la moitié de sa longueur, sur-tout si les eaux sont évacuées depuis quelque temps. Cet instrument mérite bien plus encore la préférence que nous lui accordons dans ce dernier cas, quand la tête occupe entièrement le fond du bassin, et il doit être employé exclusivement toutes les fois qu'elle a franchi le col de la matrice et qu'elle est dans le vagin; car aucun autre moyen ne peut être alors salutaire à l'enfant.

1291. Ce n'est qu'au défaut du forceps, qu'on ne peut toujours se procurer sur le champ, qu'il est permis de repousser la tête de l'enfant, à dessein de le faire venir par les pieds quand elle est descendue dans le bassin; encore faut-il, pour y être autorisé, qu'elle ait traversé le détroit supérieur avec aisance, en poussant au-devant d'elle le cercle qui constitue alors le col de la matrice, comme on le remarque le plus souvent chez les femmes dont le bassin est très-large du côté de son entrée, et en qui le cercle utérin dont il s'agit conserve quelque roideur. Quoique contraire en apparence à l'opinion de quelques Auteurs, qui soutiennent qu'il est impossible de retourner l'enfant quand la tête est aussi basse, cette méthode est bien préférable aux crochets dont la plupart des Praticiens se servent encore en pareil cas au défaut du forceps, d'après le moindre soupçon de la mort de l'enfant.

1292. C'est en vain que quelques-uns s'élèveront contre le précepte que nous donnons à ce sujet, qu'ils s'efforceront de persuader qu'on ne peut alors repousser la tête sans un extrême danger pour la mère et pour l'enfant, ils n'intimideront que de jeunes Praticiens médiocrement instruits, et n'ébranleront jamais la confiance que nous sommes fondés à leur

inspirer d'après des succès réitérés. On repousseroit la tête de l'enfant avec aussi peu d'inconvéniens que nous y en avons rencontré dans le cas dont il s'agit, quand elle seroit encore beaucoup plus engagée, pourvu qu'elle soit enveloppée du col de la matrice, comme nous l'avons dit, et que l'orifice de celle-ci se trouve au-dessous du vertex.

1293. Nous avons fait remarquer, au §. 642, que la tête de l'enfant pouvoit occuper le fond du bassin sans avoir franchi l'orifice de la matrice, et qu'il étoit important de bien distinguer ce cas de celui où elle est entièrement dans le vagin. S'il n'y a pas plus d'inconvéniens à la repousser au-dessus du détroit supérieur, et à retourner l'enfant dans le premier cas que dans celui où on la trouve peu engagée, toutes choses étant égales du côté de la conformation du bassin, de la contraction de la matrice, etc., il y en auroit beaucoup dans le cas où elle a franchi le col de ce viscère et où elle occupe le vagin. En la remontant alors au-dessus de l'entrée du bassin, on courroit le plus grand risque de déchirer le vagin dans le lieu de sa jonction au col de la matrice, etc. Le forceps est exclusivement indiqué dans cette circonstance, comme nous l'avons déjà dit, à moins que la certitude de la mort de l'enfant ne permette d'user de crochets ; mais nous ne le préférons dans l'autre, que parce que l'application en est simple, que les effets en sont plus prompts et plus certains que ceux de la méthode de retourner l'enfant.

1294. Les accidens énoncés au §. 1079, tels que la perte de sang, les convulsions, les syncopes fréquentes, l'épuisement de la femme, l'issue du cordon ombilical, etc., ne sont pas les seules causes qui puissent nous mettre dans la nécessité de retourner l'enfant dont le sommet de la tête se présente ; la mauvaise conformation du bassin nous prescrit quelquefois les mêmes indications. Presque tous ceux qui l'ont conseillé et pratiqué à l'occasion de cette der-

nière cause, n'ont pas apprécié suffisamment l'étendue du défaut de rapport qui existoit entre les dimensions de la tête de l'enfant et celles du bassin de la mère ; de sorte que pour un qu'ils ont conservé à la vie par cette méthode, un grand nombre d'autres en ont été victimes. Cette méthode ne convient tout au plus que dans le cas où le défaut de proportion qui s'oppose à l'accouchement est de très-peu de chose ; lorsqu'il est plus considérable, il exige l'usage du forceps, celui des crochets, l'opération césarienne, etc., comme on le verra dans la suite de ce volume.

1295. Ce n'est pas dans la vue d'ajouter aux forces expultrices de la femme, en tirant sur les pieds de l'enfant et sur les autres parties qui précèdent la tête, comme le font beaucoup d'Accoucheurs, qu'on doit entreprendre de le retourner quand la mauvaise conformation du bassin, quoique très-légère, ne permet pas à la tête de s'engager. La structure particulière de celle-ci nous indique sur quel principe nous devons opérer ainsi. Cette structure est telle que la tête s'affaisse plus aisément, selon son épaisseur, et s'engage plus facilement quand l'enfant vient par les pieds, si elle est bien dirigée, que lorsqu'elle se présente la première, bien qu'un grand nombre d'Accoucheurs pensent le contraire, et soient dans l'opinion qu'elle offre alors sa plus grande largeur de front au détroit du bassin.

## ARTICLE II.

*De la manière de retourner l'enfant, pour l'amener par les pieds, quand il présente le sommet de la tête.*

### SECTION PREMIÈRE.

*Règles générales sur ce point de pratique.*

1296. Lorsqu'on est obligé de retourner l'enfant dont le sommet de la tête se présente à l'orifice de la

matrice, la poche des eaux est entière ou non, et ce fluide écoulé récemment ou depuis long-temps. Dans le premier cas, l'enfant est libre en quelque sorte au milieu de la matrice; et dans le second, il s'y trouve tellement serré, que la main n'y peut pénétrer qu'avec difficulté, même quand elle est bien dirigée. C'est dans ce dernier état que nous le supposerons, parce qu'il exige plus de sagacité de la part de l'Accoucheur qu'il ne lui en faut dans l'autre cas, et qu'il ne sauroit alors s'écarter des règles suivantes sans exposer la mère et l'enfant à de grands inconvéniens.

Préceptes généraux relatifs à la manière de retourner l'enfant dont le sommet de la tête se présente.

1297. La femme étant placée comme il convient, on doit introduire l'une ou l'autre main dans la matrice, selon la position de la tête, qui a lieu. On dégage celle-ci du détroit supérieur, si elle y est descendue, en la repoussant de bas en haut et de derrière en devant, pour lui faire suivre la direction de ce détroit. On dirige ensuite la main sur le front, et on porte la tête vers l'une des fosses iliaques, où on la maintient dans le cours de l'opération au moyen du poignet et de l'avant-bras, pour empêcher qu'elle n'obéisse aux efforts des douleurs, et qu'elle ne redescende pendant qu'on va prendre les pieds.

1298. Pour parvenir plus facilement à ces derniers et les amener de même, ayant éloigné la tête suffisamment du détroit supérieur, il faut insinuer la main en suivant le côté du tronc de l'enfant, qui est le plus près de la partie postérieure de la matrice. On passe d'abord les doigts réunis sur l'oreille, de là sur le côté du col, mais en les dirigeant un peu vers le derrière de l'épaule pour en éviter la saillie; on les conduit ensuite insensiblement sur le flanc et la hanche, d'où ils doivent gagner les pieds, en passant transversalement sur la cuisse et la jambe. On accroche ces extrémités du bout des doigts légèrement recourbés, et on les entraîne à l'entrée du vagin, en les faisant descendre sur la poitrine et la face de l'enfant. Lorsqu'on ne peut saisir d'abord qu'un seul pied, il faut

prendre celui qui répond au côté de l'enfant que la main a parcouru, à moins que ce pied ne soit engagé dans le pli du jarret de l'autre extrémité, comme on le rencontre quelquefois; car il faudroit alors commencer par dégager celui de cette extrémité. Aussi-tôt que le premier pied est sorti de la matrice, il faut réintroduire la main pour prendre le second, soit en suivant le même chemin qu'auparavant, ou le derrière de l'extrémité déjà déployée, selon la facilité qu'on y éprouvera; ce qu'on déterminera plus précisément, en exposant les règles qui concernent chaque cas en particulier.

1299. En observant exactement la route que nous venons de tracer, on évitera de prendre l'épaule de l'enfant pour la hanche, le coude pour le genou, et la main pour le pied; ce qui n'est pas toujours très-aisé à distinguer, quand la main qui opère est fortement serrée dans la matrice : car toutes ces extrémités se présenteront successivement aux doigts, et non pêle-mêle, comme on les rencontre le plus souvent, lorsque, d'après le conseil de la plupart des Accoucheurs, on insinue la main le long de la poitrine de l'enfant. En suivant celle-ci, les pieds se trouvent d'ailleurs presque toujours appliqués au dos de la main, et l'on ne peut les reconnoître ni les accrocher; de sorte que quelquefois on les cherche bien loin tandis qu'ils sont bien près; ajoutez à cela qu'on écarte les bras de l'enfant de l'axe du tronc, et qu'on rend la rotation de celui-ci plus difficile. Par le premier procédé, on rapproche au contraire toutes ces parties d'un centre commun; on pelotonne pour ainsi dire l'enfant sur lui-même, et on le retourne plus aisément. (*Voyez* en outre les §§. 1159 et suivans.)

*Dangers qu'il y a de ne tirer que sur un seul pied, quand on retourne l'enfant.*

1300. Quelques Praticiens à qui la force semble tenir lieu de principes, se contentent le plus souvent d'amener un seul pied, soit que le sommet de la tête se présente, soit que l'enfant se trouve mal situé. S'ils opèrent quelquefois l'accouchement en ne tirant que

sur une seule extrémité, quelquefois aussi, après avoir luxé, fracturé, et même arraché cette extrémité, ils se voient dans la honteuse nécessité d'aller chercher la seconde. Ce n'est que dans le cas où les eaux de l'amnios ne font que de s'écouler, et lorsque le bassin de la femme est d'une largeur naturelle, qu'on peut se dispenser d'aller chercher le second pied, et entreprendre de tirer l'enfant par un seul; mais ce cas est précisément celui où l'on peut, avec moins de peine, dégager les deux pieds, même à la fois.

1301. Quand on rencontre beaucoup de difficulté à dégager les pieds, si l'on peut en amener un au-dehors ou à la vulve seulement, il faut y attacher un lacs pour le retenir, pendant qu'on ira chercher le second. De l'utilité du lacs, quand on retourne l'enfant.

1302. Quoiqu'on ait amené les deux pieds de l'enfant à l'orifice de la matrice, ce n'est pas toujours sans beaucoup de peine qu'on parvient à les dégager entièrement, soit parce qu'il est difficile de les embrasser assez étroitement de la même main, soit parce que la tête est encore retenue dans le voisinage du détroit supérieur, et ne peut d'elle-même s'en éloigner suffisamment pour que les fesses s'y engagent. S'il est nécessaire alors de repousser la tête pour parvenir au but qu'on se propose, on ne sauroit toujours le faire convenablement de la main qui tient les pieds, parce qu'on est quelquefois obligé de tirer sur ceux-ci en même temps qu'on repousse la tête; ce qui arrive spécialement lorsqu'il y a long-temps que les eaux sont évacuées, et bien plus encore en d'autres cas que ceux où le vertex se présente. Or, comme il est impossible de tirer à la fois sur les pieds et de repousser la tête avec la même main, et qu'il ne l'est pas moins de porter les deux mains ensemble dans le vagin pour appliquer l'une immédiatement à la tête, et l'autre aux pieds, il faudra placer un lacs sur l'un de ces derniers pour l'entraîner en tirant de loin, pendant que d'une main introduite à l'entrée de la matrice,

on éloignera la tête de l'enfant du détroit supérieur. En agissant ainsi, des forces ménagées suffiront pour vaincre des obstacles que celles de plusieurs personnes, appliquées aux pieds seulement, auroient souvent eu peine à surmonter (1).

1303. Il n'est jamais nécessaire d'appliquer un lacs sur chaque pied, ni d'entourer l'un et l'autre du même ruban ; il suffit de le porter sur un seul, et l'on préfère de le placer sur celui qui est au-dessous du pubis.

De la manière d'appliquer le lacs sur le pied.

1304. Pour appliquer ce lacs, on le plie dans son milieu, et on passe les deux chefs dans l'anse qui en résulte, afin d'en former un anneau en manière de nœud coulant. Il est facile d'y engager le pied jusqu'au bas de la jambe quand il se présente à la vulve ; mais l'on n'y parvient que difficilement, lorsqu'il est encore fort haut dans le bassin. Quelques Praticiens passent alors le poignet dans l'anneau qu'ils ont formé avec le ruban ; et après avoir saisi le pied avec la même main introduite dans le vagin, ils portent cet anneau sur le bas de la jambe, en le poussant de plusieurs doigts de l'autre main, et ils le serrent plus ou moins, en tirant ensuite sur les deux chefs qui pendent au-dehors. D'autres se sont servi d'une espèce de petit forceps pour appliquer ce ruban au pied, ou d'un instrument destiné à porter des ligatures dans les lieux profonds. Un porte-lacs sur le pied ne seroit pas d'une invention difficile ; mais il augmenteroit inutilement le nombre, déjà trop grand, des instrumens de notre art.

---

(1) Nous serions à même de prouver cette assertion par un assez grand nombre d'observations, si nous n'étions retenus par la crainte de blesser l'amour-propre des personnes de l'art qui nous ont donné occasion de les faire.

SECTION

## SECTION II.

*Des signes caractéristiques de la première, de la seconde et de la troisième espèces d'Accouchemens contre nature, où le sommet de la tête se présente, et de la manière de retourner l'enfant dans ces trois cas.*

De la première espèce d'accouchement où l'enfant présente le sommet de la tête.

1305. Nous ne ferons que retracer ici les caractères de la position de la tête, qui constitue la première de ces espèces d'accouchemens, les ayant exposés assez au long dans un autre lieu. Cette position est telle que la suture sagittale traverse obliquement le bassin, de la cavité cotyloïde gauche à la jonction sacro-iliaque droite, le front étant au-devant de celle-ci, et l'occiput derrière celle-là.

Du choix de la main avec laquelle il convient d'opérer.

1306. S'il paroît indifférent à quelques-uns d'introduire la main droite ou la main gauche dans la matrice pour retourner l'enfant au moment de l'ouverture de la poche des eaux quand la tête se présente dans cette position, il est si important de se servir de la gauche lorsque ce fluide est évacué depuis long-temps, qu'on doit attribuer à ce défaut d'attention presque toutes les difficultés qu'on rencontre à saisir les pieds, de même que cette impossibilité apparente de le faire, qui a souvent mis dans le cas de retirer vingt fois la main avant de parvenir à les accrocher (1). Si la main gauche est alors si nécessaire, on ne peut disconvenir qu'elle ne soit préférable

(1) Nous avons été témoins de ce que nous avançons : deux Accoucheurs, habitués sans doute à n'opérer que de la main droite, la portèrent tour-à-tour dans la matrice, à une telle hauteur, que leur coude étoit caché dans la vulve, sans pouvoir toucher les pieds. Je n'eus le droit d'opérer que quand ils furent en quelque sorte épuisés de fatigue. Connoissant mieux la position de l'enfant, je ne portai la main gauche qu'à la hauteur du poignet pour accrocher les pieds; et en moins de deux minutes, je fis ce qu'ils n'avoient pu obtenir en deux heures de travail aussi alarmant qu'opiniâtre.

à la droite, dans le premier cas ; car dans l'un et l'autre, elle a toujours bien moins de chemin à parcourir que celle-ci pour parvenir aux pieds (1), et l'on peut, à son moyen, les entraîner dans la direction la plus naturelle, et retourner l'enfant de la manière la plus favorable ; ce qu'il est presque impossible d'exécuter de la main droite, sur-tout quand les eaux sont évacuées depuis long-temps, comme on le remarque clairement par la démonstration.

1307. On se servira donc toujours de la main gauche dans l'espèce d'accouchement dont il s'agit, pour retourner l'enfant. On l'introduira dans un état presque moyen entre la pronation et la supination ; on dégagera la tête, du détroit supérieur, en la dirigeant sur le devant de la fosse iliaque gauche, où on la fixera du poignet et de l'avant-bras, pendant qu'on ira prendre les pieds en parcourant le côté gauche de l'enfant, pour les dégager de la manière indiquée ci-dessus.

1308. Après les avoir entraînés jusqu'au milieu du vagin, on éloignera de nouveau la tête de l'enfant du détroit supérieur, afin de favoriser la conversion du tronc, et de les faire descendre plus facilement. Si l'on ne pouvoit les entraîner en même temps au-delà du lieu indiqué, par rapport à la difficulté qu'il y a de les tenir de la même main, il faudroit en abandonner un, pour le reprendre aussi-tôt que le premier sera dégagé.

1309. Dès le moment où les pieds paroissent au-dehors, il faut tirer presque uniquement, mais

(1) Le trajet que doit parcourir la main gauche est d'autant plus court qu'il y a plus de temps que les eaux de l'amnios sont écoulées, et que l'action de la matrice a pelotonné davantage l'enfant sur lui-même ; et celui de la main droite en devient au contraire d'autant plus long. La preuve de cette vérité est si claire, que personne ne l'exigera de nous.

pendant un instant seulement, sur celui qui est au-dessous du pubis. On favorise à ce moyen la descente des fesses, on s'épargne souvent quelques difficultés, et on dirige constamment la poitrine de l'enfant vers la jonction sacro-iliaque gauche; de sorte que le tronc se place, en descendant, comme dans la seconde espèce d'accouchement où l'enfant présente les pieds. Du reste; on opère de même que dans cette dernière espèce. ( *Voyez* §. 1212 et suivans. )

Seconde espèce d'accouchement où le sommet de la tête se présente.

1310. La position de la tête qui constitue l'espèce d'accouchement dont nous allons décrire le manuel, paroîtra la même que la précédente, si l'on ne considère que le rapport des dimensions de cette partie avec celles de l'entrée du bassin; puisque dans l'une et l'autre, la suture sagittale traverse ce détroit obliquement. La différence qu'il y a, consiste en ce que l'occiput, dans cette seconde position, répond à la cavité cotyloïde droite, et le front à la jonction sacro-iliaque gauche.

De la manière dont il faut opérer.

1311. Quand on se propose d'aller prendre l'enfant par les pieds, il faut introduire la main droite dans la matrice; ses avantages sur la main gauche sont alors en raison du temps qui s'est écoulé depuis l'évacuation des eaux de l'amnios. On éprouveroit autant de difficultés à opérer de cette dernière, qu'on en rencontreroit en le faisant de la main droite dans le premier cas. On commencera également par repousser la tête au-dessus de l'entrée du bassin, si elle y est engagée, et on la dirigera en même temps sur la fosse iliaque droite, où l'on aura soin de la maintenir, pendant qu'on ira chercher les pieds en suivant le côté droit de l'enfant.

1312. Aussi-tôt que ces extrémités seront au-dehors, on tirera avec un peu plus de force sur le pied gauche qui se trouve alors sous le pubis, tant pour faciliter la descente des fesses, que pour obliger la poitrine à se tourner vers la jonction sacro-iliaque

droite, et à se placer comme dans la première espèce d'accouchement, où les pieds se présentent naturellement. ( *Voyez* §. 1205 et suivans. )

Troisième espèce d'accouchement où le sommet de la tête se présente.

1313. Dans la troisième espèce d'accouchement où l'enfant présente le sommet de la tête, la suture sagittale traverse l'entrée du bassin directement de devant en arrière, et de sorte que l'occiput répond au pubis, et la face au sacrum..

1314. Cette position, par elle-même, peut rendre l'accouchement difficile ou contre nature, indépendamment de toute autre cause, quand le bassin de la femme ne jouit pas de toute sa largeur naturelle, parce que le plus grand diamètre de la tête se présente parallèlement au plus petit diamètre du détroit supérieur, et dans le sens où ce détroit est le plus souvent resserré ; mais lorsque le bassin est bien conformé, cette position peut être tout aussi favorable à l'accouchement que les précédentes. L'indication qu'elle présente dans le premier cas, se déduit facilement de ce qui vient d'être dit du rapport des dimensions de la tête avec celles du détroit. Il faut détourner l'occiput de dessus le pubis, et le diriger vers l'une des cavités cotyloïdes : quelques doigts introduits dans le vagin suffisent ordinairement pour opérer ce changement, pourvu qu'on y procède de bonne heure.

De la main dont on doit opérer quand il faut dégager les pieds.

1315. Lorsqu'il se rencontre une des causes qui exige qu'on retourne l'enfant et qu'on le fasse venir par les pieds, l'on peut introduire avec le même avantage dans le sein de la femme, la main droite ou la main gauche, pourvu qu'on soit habitué à s'en servir également. On l'insinue en suivant le sacrum, jusqu'à ce qu'elle embrasse exactement le front et une partie du reste de la face. On fait alors décrire à la tête un quart de rotation sur son axe, afin de tourner la face de côté ; et l'on observe dans la suite d'en faire faire autant au tronc, parce que ce premier mouvement se borne à la tête, et n'est qu'une suite de la torsion du col. Quand on se sert de la main

droite, on tourne la face vers le côté gauche de la femme, en portant la tête sur la fosse iliaque droite, et *vice versâ ;* puis on termine l'accouchement comme celui de la première ou de la seconde espèce, selon la main dont on a fait choix pour l'opérer.

## SECTION III.

*Des caractères de la quatrième, de la cinquième et sixième espèces d'Accouchemens où l'enfant présente le sommet de la tête, et de la manière d'opérer dans tous ces cas.*

1316. Dans la quatrième et la cinquième de ces espèces d'accouchemens, la tête de l'enfant se présente diagonalement à l'entrée du bassin, mais de sorte que dans la quatrième l'occiput répond à la symphyse sacro-iliaque droite, et le front à la cavité cotyloïde gauche; au lieu que dans la cinquième, ce dernier est situé derrière la cavité cotyloïde droite, et l'occiput vis-à-vis la symphyse sacro-iliaque gauche. *De la quatrième et cinquième espèces d'accouchemens où le sommet de la tête se présente.*

1317. Nous avons fait remarquer, aux §§. 671, 699 et suivans, que l'accouchement étoit en général plus difficile quand la tête de l'enfant se présentoit dans l'une ou l'autre de ces positions, que dans les premières, parce que la face se tournoit alors presque toujours au-dessous du pubis; mais il est très-rare cependant, lorsque le bassin de la mère est d'une conformation ordinaire, que cette seule cause oblige à retourner l'enfant, soit parce que la tête peut le traverser, quoique un peu plus difficilement, soit parce que les obstacles qui en résultent ne se manifestent que quand elle se présente pour ainsi dire au passage, que souvent il n'est plus temps alors de la repousser pour aller prendre les pieds, et que le forceps mérite la préférence sur cette méthode. *De la manière d'opérer dans ces deux cas.*

1318. Si la tête ne pouvoit se dégager dans cette position où le front répond à l'arcade du pubis, il

faudroit donc se servir du forceps ; mais on ira prendre les pieds, si des causes étrangères à cette position invitent à opérer l'accouchement plutôt, sur-tout si ces causes accidentelles se manifestent avant que la tête ne soit fortement engagée, ou lorsqu'elle est encore libre au-dessus du bassin. La manière de retourner l'enfant dont le sommet de la tête se présente dans la quatrième position, est exactement la même que pour la deuxième, et l'on doit se conduire dans la cinquième comme dans la première. *Voyez* les §§. 1307 et 1311, où l'on traite de ces deux espèces d'accouchemens. Nous observerons seulement que c'est sur-tout dans celles que nous exposons, que l'Accoucheur doit tirer presque uniquement sur le pied qui est au-dessous du pubis de la mère, dès que l'un et l'autre paroissent au-dehors, c'est-à-dire, sur le pied gauche dans la quatrième espèce, et sur le pied droit dans la cinquième, afin d'engager les fesses de l'enfant plus aisément, et de tourner en même temps la poitrine vis-à-vis l'une des symphyses sacro-iliaques.

Sixième espèce d'accouchement où l'enfant présente le sommet de la tete.

1319. Dans la sixième espèce d'accouchement où le sommet de la tête se présente, le front répond au pubis dans tous les temps du travail, et l'occiput au sacrum.

1320. Cette espèce d'accouchement, considéré comme naturel, réunit en elle les difficultés essentielles de la troisième, quatrième et cinquième espèces; car d'un côté la tête présente son plus grand diamètre au plus petit du détroit supérieur, et de l'autre la face vient constamment se placer sous le pubis.

De la conduite qu'on doit tenir dans cette espèce d'accouchement.

1321. Pour épargner à la femme un travail alors toujours très-long, même quand le bassin a presque toute sa largeur naturelle, on devroit détourner l'occiput de dessus la saillie du sacrum dès l'instant de l'ouverture de la poche des eaux, si l'on étoit appelé à propos, et le ramener insensiblement vers l'arcade du pubis, à mesure que la tête s'enfonce dans

le bassin ; mais il ne faut jamais tenter ce déplacement quand elle occupe entièrement cette cavité ; car ce ne seroit alors qu'avec des forces supérieures que la face pourroit être conduite de dessous le pubis au-devant du sacrum : ce déplacement ne pouvant se faire d'ailleurs dans ce temps du travail, qu'aux dépens d'une torsion extraordinaire du col, deviendroit très-dangereux pour l'enfant, s'il ne le faisoit mourir à l'instant.

1322. Quand le bassin de la mère est un peu resserré, principalement lorsqu'il existe des accidens, si la tète peut encore être repoussée facilement, on retournera l'enfant et on l'amènera par les pieds, autrement on se servira du forceps. Dans le premier cas, on introduit à son choix l'une ou l'autre main dans la matrice ; on applique d'abord les doigts réunis sur l'un des côtés de la tête et le pouce sur l'autre, afin de l'empoigner avec assez de force pour lui faire exécuter un mouvement de pivot, au moyen duquel on tourne la face vers l'un des côtés du bassin ; savoir, vers le côté gauche, si l'on se sert de la main droite, et *vice versâ*. Après avoir déplacé la tête de cette manière, et l'avoir réduite à l'une de ces deux premières positions, on continue d'avancer la main pour prendre les pieds, comme il a été prescrit à l'occasion de celles-ci. On observera seulement de plus, en chemin faisant, de tourner la poitrine de l'enfant dans le même sens que la face, et de faire faire au tronc un mouvement de rotation semblable à celui qu'on a fait décrire à la tête dans le premier instant. Du reste, on achève l'accouchement comme dans les cas précédens.

---

## CHAPITRE IV.

### *Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente la face, le devant du col, la poitrine, le ventre, et le devant du bassin et des cuisses.*

### ARTICLE PREMIER.

#### *Des Accouchemens où l'enfant présente la face.*

Des accouchemens où l'enfant présente la face.

1323. LES Auteurs fournissent beaucoup d'exemples d'accouchemens où l'enfant présentoit la face à l'orifice de la matrice, et nous pourrions y en ajouter un assez grand nombre, parce que ces accouchemens ne sont pas extrêmement rares; mais la plupart de ces Auteurs sont si diffus, qu'on a peine à les comprendre; et loin de nous éclairer sur la conduite qu'il faut tenir en pareil cas, leurs préceptes contradictoires ne serviroient souvent qu'à détourner les jeunes Praticiens du chemin qu'il convient de suivre. Ce qu'on remarque à travers l'obscurité qui règne sur ce point, c'est que parmi les femmes dont l'enfant présentoit la face, les unes se sont délivrées seules, et que l'accouchement des autres a été des plus laborieux.

## SECTION PREMIÈRE.

*Des causes, des signes et différences des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente la face, et des indications qu'ils prescrivent.*

1324. Presque tous ceux qui ont fait mention de cette mauvaise position de l'enfant, l'ont attribuée à l'obliquité de la matrice, et l'on ne peut disconvenir que cette obliquité n'en soit au moins une cause éloignée ou prédisposante; mais quelle que soit la déviation dont il s'agit, la face ne se présente presque jamais dans le commencement du travail, et ce n'est d'abord que le haut du front; elle ne s'avance qu'autant que les efforts de l'accouchement se répètent. **Des causes qui déterminent la face de l'enfant à se présenter.**

1325. Ceux qui ont bien compris ce que nous avons dit au §. 1278 et suivans, du mécanisme de la mauvaise situation que la tête prend quelquefois en se plongeant dans le fond du bassin, lorsqu'elle présente le vertex, ne seront point embarrassés pour expliquer comment la face peut s'y engager, et ils concevront clairement d'ailleurs d'où proviennent les difficultés qui s'opposent alors à l'accouchement, ou qui le rendent au moins toujours des plus longs et des plus laborieux.

1326. On reconnoît aisément la face, en touchant la femme dans les premiers momens qui suivent l'ouverture de la poche des eaux, parce que les signes qui la caractérisent ne sont pas encore masqués par la tuméfaction qui y survient un peu plus tard : ces signes distinctifs sont le nez, la bouche, le menton, le rebord des orbites, et la suture qui règne le long du front. **Caractères de la face.**

1327. Nous distinguerons quatre espèces d'accouchemens dans lesquels l'enfant présente la face, relativement aux quatre positions principales que cette région peut prendre à l'égard du bassin. **Des positions que la face peut prendre relativement au bassin.**

1328. Dans la première, la longueur de la face se présente selon le plus petit diamètre du détroit supérieur, de manière que le front est situé au-dessus du pubis, et que le menton répond à l'angle sacro-vertébral.

1329. Dans la seconde position, la longueur de la face se présente encore parallèlement au petit diamètre de l'entrée du bassin ; mais le menton se trouve derrière le pubis, et le front au-devant du sacrum.

1330. Dans la troisième, la face est située transversalement à l'égard du bassin, de manière que le front répond au côté gauche de celui-ci, et le menton au côté droit.

1331. Le contraire a lieu dans la quatrième espèce, le front étant placé vers le côté droit, et le menton vers le gauche.

1332. Ces quatre positions ne se rencontrent pas aussi fréquemment les unes que les autres ; les deux dernières sont les plus ordinaires, quoiqu'elles soient elles-mêmes assez rares, si on les considère relativement à quelques-unes des positions qui ont été décrites jusques ici.

1333. Les accouchemens où la face se présente doivent passer pour contre nature, indépendamment des accidens qui peuvent rendre tels ceux où l'enfant est situé de la manière la plus avantageuse. Pour qu'ils se fassent seuls, selon le langage vulgaire, il faut que la tête soit très-petite, et le bassin de la mère en même temps très-large ; autrement ils deviennent fort longs et difficiles ; les enfans naissent avec la face tuméfiée et livide, et presque toujours privés de la vie ou au moment de la perdre, à cause de l'engorgement du cerveau.

1334. Les obstacles qui s'opposent le plus souvent à ces sortes d'accouchemens, ou les difficultés que la femme éprouve à se délivrer seule, même dans les circonstances les plus favorables, ainsi que le danger

qui menace alors l'enfant, semblent nous inviter, dans tous les cas, à venir au secours de l'un et de l'autre.

1335. L'indication la plus générale que nous offrent ces accouchemens, consiste à redresser la tête de l'enfant, c'est-à-dire, à faire remonter la face et à forcer l'occiput de descendre, pour rappeler le sommet à sa situation ordinaire. Quand on ne peut seconder aussi heureusement les efforts de la nature, soit parce qu'on est appelé trop tard, ou que des circonstances accidentelles présentent l'indication d'opérer l'accouchement sur le champ, on est obligé de retourner l'enfant pour l'amener par les pieds, ou d'extraire la tête avec des instrumens, si elle se trouve profondément engagée et serrée dans le bassin.

Des indications que prescrivent les accouchemens où la face se présente.

1336. Selon quelques Praticiens, ce seroit perdre un temps précieux que de s'occuper à convertir la mauvaise position de la tête en une meilleure, parce qu'on y réussit rarement, disent-ils ; mais on y réussiroit plus rarement encore, qu'on ne devroit pas négliger de le tenter, soit par rapport aux avantages que l'enfant peut en retirer si l'on y parvient, soit à cause du danger qui accompagne assez souvent les autres méthodes d'opérer alors l'accouchement.

1337. Lorsqu'on se propose de ramener la tête à sa position naturelle, c'est moins en repoussant la face, comme la plupart des Accoucheurs l'ont conseillé, qu'on peut espérer de réussir, qu'en agissant sur l'occiput même, qu'il faut tâcher d'accrocher de quelques doigts pour l'entraîner en bas. L'expérience nous permet de dire que cela s'exécute sans beaucoup de peine, quand la tête est libre à l'entrée du bassin, ou susceptible encore d'y être repoussée aisément ; mais ce procédé est toujours difficile et souvent impraticable, lorsqu'elle occupe le fond de cette cavité et qu'elle y est étroitement serrée, parce que les doigts ne peuvent plus pénétrer assez loin pour embrasser convenablement l'occiput ; et qu'en supposant d'ailleurs qu'ils le puissent, la tête ne sauroit faire alors

De la manière, en général, de ramener la tête à sa situation naturelle.

le mouvement de bascule nécessaire à l'abaissement de son extrémité occipitale, devant présenter de front, dans ce mouvement, un diamètre de cinq pouces et un quart ou environ, non compris l'épaisseur des doigts qui opèrent. Un lévier plus courbe et plus large que celui qui est connu parmi nous, pourroit alors offrir quelques avantages de plus que les doigts (1).

1338. Si l'on trouve assez de ressources dans les forces de la nature pour opérer l'accouchement, il faudra donc essayer de ramener la tête à sa bonne position; dans l'état contraire, on retournera l'enfant et on l'amènera par les pieds, à moins que d'autres circonstances ne s'y opposent et n'exigent l'usage du lévier ou du forceps, comme on l'exposera plus précisément dans la suite de ce volume.

## SECTION II.

*Méthodes d'opérer les diverses espèces d'Accouchemens où l'enfant présente la face, lorsqu'ils peuvent l'être avec la main seule.*

De la manière d'opérer, dans la première position de la face.

1339. La première de ces espèces d'accouchemens est une des plus rares qui puissent se rencontrer, et il s'en faut aussi de beaucoup que la position qui la constitue soit des meilleures. Cette position est telle que le plus souvent on ne peut ramener la tête à l'une de celles qui conviennent à sa sortie, parce que la main ne peut être conduite directement sur l'occiput pour l'entraîner en en-bas, comme dans les positions suivantes. Pour parvenir à ramener la tête à sa situation naturelle, dans le cas dont il s'agit, il faudroit repousser la face en agissant sur les côtés du nez; ce qui ne seroit pas sans inconvéniens pour l'enfant, même en supposant qu'il y fallût employer

(1) Voyez l'article où l'on traite du lévier, part. IV.

peu de force, ou bien il faudroit d'abord déplacer la tête et diriger la face transversalement à l'égard du bassin, afin de conduire ensuite la main sur la région occipitale, comme on le prescrira pour la troisième et la quatrième positions. Ces procédés n'étant pas faciles à exécuter, même à l'instant de l'écoulement des eaux, à plus forte raison doit-on y avoir peu de confiance lorsque la tête a franchi le détroit supérieur et occupe le fond du bassin. Il est presque toujours indispensable, dans le cas où la première position de la face a lieu, de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds.

1340. On peut alors se servir de la main droite ou de la main gauche avec le même avantage. On l'introduit en suivant le sacrum, et dans un état de supination, jusqu'à ce que l'extrémité des doigts réunis soit parvenue sous le menton de l'enfant. On écarte les doigts dans ce moment, pour embrasser exactement le bas de la face, et la relever en avançant la main un peu plus loin dans le sein de la femme. On porte ensuite la tête sur l'une des fosses iliaques; savoir, sur la droite, lorsqu'on se sert de la main droite, et *vice versâ*; mais en observant de tourner la face en même temps vers l'autre côté, de manière qu'elle regarde la main qui opère, ainsi que nous l'avons recommandé à l'occasion de la troisième et sixième espèces d'accouchemens où le sommet de la tête se présente. Après cela, on va prendre les pieds comme dans ce dernier cas. (*Voyez* §§. 1315 et 1322.)

**Seconde espèce d'accouchement où la face se présente, et de la manière de l'opérer.**

1341. Si l'on peut espérer de repousser le menton de l'enfant sur sa poitrine et de ramener le sommet ou le vertex à l'entrée du bassin quand la face se présente dans la seconde position, l'on ne doit guère se promettre de la réduire entièrement à sa situation naturelle, excepté, peut-être, dans le moment où la poche des eaux vient à s'ouvrir, encore ne seroit-ce pas alors sans de bien grandes difficultés qu'on y par-

viendroit. Ce déplacement n'est plus possible, et il seroit même dangereux de le tenter, lorsque les eaux sont évacuées depuis long-temps. Si l'on veut essayer de l'opérer dans le premier moment, il faut avancer une main le long du sacrum et de la partie postérieure de la matrice, jusqu'à ce que les doigts puissent embrasser l'occiput assez étroitement pour l'entraîner, et forcer ainsi la face de remonter : il faudroit en même temps qu'on entraîne l'occiput de cette manière, le tourner vers l'une des cavités cotyloïdes, afin de le diriger insensiblement dans la suite sous l'arcade du pubis.

1342. Lorsqu'on rencontre trop de difficulté dans cette entreprise, ou que des circonstances exigent qu'on retourne l'enfant, il faut aller chercher les pieds. On peut encore introduire, à son choix, l'une ou l'autre main dans la matrice. On dégage d'abord la tête du détroit supérieur, en la faisant remonter convenablement ; on la saisit ensuite de manière à pouvoir en détourner le sommet de dessus la saillie du sacrum, et le diriger vers l'une des fosses iliaques, savoir, vers la droite quand on se sert de la main droite, et *vice versâ*. Après avoir donné cette position transversale à la tête, on insinue la main en suivant un des côtés de l'enfant, pour aller prendre les pieds et terminer l'accouchement selon les règles prescrites à l'occasion de la sixième espèce, où le vertex se présente. *Voyez* §. 1322.

Troisième espèce d'accouchement où la face se présente.

1343. Quand l'on n'a d'autres indications à remplir dans la troisième espèce d'accouchement où la face se présente, que celle de ramener la tête à sa situation naturelle, on doit introduire la main droite vers le côté gauche du bassin jusqu'à ce qu'on puisse recourber le bout des doigts au-dessus de l'occiput, pour l'entraîner en tirant à soi. Si la tête étoit descendue dans le fond du bassin, et s'y trouvoit assez serrée pour qu'on ne puisse avancer les doigts assez loin sur l'occiput, il faudroit la repousser en totalité,

ou bien essayer avec beaucoup de soin de relever la face, au moyen de quelques doigts de la main gauche placés sur la mâchoire supérieure et à côté du nez. Si l'on pouvoit ainsi repousser le bas de la face, on fraieroit un chemin plus libre à l'autre main du côté de l'occiput; mais comme l'on ne sauroit agir avec trop de précaution sur la face même, crainte de la meurtrir et de la contondre, pour peu qu'on éprouve de difficulté, il vaut mieux repousser la tête au-dessus du détroit, pour aller ensuite accrocher l'occiput.

1344. Quand on est obligé de retourner l'enfant, soit qu'on ait ramené la tête à sa position naturelle ou non, l'on doit se conduire comme dans la première espèce d'accouchement où le vertex se présente. On introduira donc la main gauche dans la matrice, en la dirigeant le long du côté gauche de l'enfant, jusqu'à ce que les doigts puissent saisir les pieds. *Voyez* §. 1307.

1345. La quatrième espèce d'accouchement où la face se présente diffère peu de la précédente, quant à la manière de l'opérer, si ce n'est qu'on doit exécuter de la main gauche tout ce qui vient d'être prescrit pour la droite, et *vice versâ*. Veut-on, par exemple, changer la position de la tête en une meilleure, il faut introduire la main gauche vers le côté droit du bassin, pour accrocher l'occiput qui est au-dessus et l'entraîner; mais on se sert de la main droite lorsqu'il est nécessaire de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds. On observe d'ailleurs les précautions ci-devant énoncées; et quand les pieds sont sortis, on termine l'accouchement comme si le sommet de la tête s'étoit présenté dans la seconde position. *Voyez* §. 1311 (1).

**Quatrième espèce d'accouchement où la face se présente.**

(1) Quelques Auteurs font mention d'accouchemens où l'enfant présente le front; et l'un d'eux ajoute même qu'ils sont plus fâcheux que ceux où il présente la face: mais cette allégation est absolument fausse.

## ARTICLE II.

*Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente le devant du col, vulgairement appelé* la gorge.

Des accouchemens où l'enfant présente le devant du col.

1346. On peut inférer du silence que la plupart des auteurs ont gardé sur les accouchemens où l'enfant présente la partie antérieure du col, qu'ils sont extrêmement rares : *de la Motte* est presque le seul qui en ait fait mention ; encore n'en cite-t-il que deux exemples.

### SECTION PREMIÈRE.

*Des causes, des signes, et différences des Accouchemens où l'enfant présente le devant du col, et des indications qu'ils nous offrent.*

Des causes qui peuvent déterminer le devant du col à se présenter.

1347. Ces accouchemens ont tant de rapport avec ceux qui font le sujet de l'article précédent, qu'on peut les regarder comme l'effet des mêmes causes. On conçoit facilement pourquoi le devant du col, plutôt qu'une autre région de la surface de l'enfant, vient se présenser sur l'entrée du bassin, lorsqu'on fait attention que le grand diamètre du corps de l'enfant, au moment de l'ouverture de la poche des eaux, peut-être incliné à l'égard de l'axe du bassin de manière que le front se trouve appuyé sur le rebord du détroit supérieur, du côté opposé à celui de l'obliquité ; car, dans ces cas, l'effet des contractions de la matrice se borne presque uniquement à renverser la tête en arrière et à faire avancer la région

Comme ces accouchemens se trouvent compris dans ce que nous avons dit de la mauvaise situation que la tête prend quelquefois en s'engageant dans le bassin, on peut consulter les §§. 1278 et suiv.

dont

dont il s'agit, si la face ne vient pas elle-même se présenter.

1348. Cette inclinaison du grand diamètre du corps de l'enfant à l'égard de l'axe du bassin de la mère, peut être une suite de l'obliquité de la matrice, ou, ce qui est bien plus ordinaire, de la grande quantité d'eau qu'elle contient. Si ces causes, qui se rencontrent souvent ensemble, ne forcent pas constamment la partie antérieure du col à se présenter, c'est que la situation de l'enfant à l'instant de l'écoulement des eaux, n'est pas toujours la même relativement au détroit supérieur.

1349. On voit clairement pourquoi l'enfant, dont le devant du col se présente le premier, ne peut naître sans les secours de l'art. L'obstacle vient alors du défaut de proportion qui existe entre le vide du bassin et le volume des parties qui s'efforcent de s'y engager en même temps, c'est-à-dire, de la tête et de la poitrine.

Des caractères qui font reconnoître le devant du col.

1350. Ce n'est qu'au moment de l'ouverture des membranes, et même quelque temps après, qu'on peut reconnoître le devant du col ; parce que les signes caractéristiques de cette région qu'on ne touche que très-superficiellement avant cet instant, sont peu apparens au tact, et que ceux qui pourroient dissiper toute incertitude, sont encore souvent éloignés du cercle que le bout du doigt peut alors parcourir. Ces derniers signes sont le menton, et le haut de la poitrine que dénotent clairement l'échancrure du sternum et les clavicules.

Des positions que le devant du col peut prendre à l'égard du détroit supérieur.

1351. Le devant du col ne se présente pas toujours de la même manière à l'entrée du bassin : on remarque, dans l'une des deux observations communiquées par *de la Motte*, que le menton se trouvoit accroché au pubis, et qu'il répondoit au sacrum dans l'autre. Quoique personne n'ait parlé bien clairement des positions transversales, ou un peu diagonales de cette région, elles paroissent cependant devoir être

plus fréquentes que les autres, en ce que la forme des parties de l'enfant s'accommode alors beaucoup mieux avec celle de l'entrée du bassin de la mère. Nous réduirons toutes ces positions à quatre principales.

1352. Dans la première, la longueur du col se trouve placée selon le petit diamètre du détroit supérieur, de manière que le bas de la face est appuyé sur le pubis, et le haut de la poitrine sur la saillie du sacrum.

1353. Dans la seconde, c'est la poitrine qui se trouve au-dessus du pubis, et la face vers le sacrum; mais un peu de côté à cause de la saillie de ce dernier et de la colonne lombaire.

1354. Dans la troisième position, le col est placé transversalement, de sorte que la tête est appuyée sur le devant de la fosse iliaque gauche, et la poitrine sur la droite.

1355. Dans la quatrième position, l'enfant est aussi placé en travers, mais de façon que la poitrine est située sur la fosse iliaque gauche, et la tête sur la droite.

1356. Ces quatre positions, qui constituent autant d'espèces d'accouchemens, sont également fâcheuses pour l'enfant. Il ne peut naître dans cette attitude où la tête est renversée sur le dos, et le danger qui le menace est proportionné à la force et à la durée de la pression qu'il éprouve de la part de la matrice, après l'écoulement des eaux.

Des indications que nous offrent les diverses positions du col.

1357. Les indications générales que nous offrent ces sortes d'accouchemens, relativement à la manière de les terminer, se réduisent aux deux suivantes : il faut ramener la tête de l'enfant à sa situation naturelle, ou aller prendre les pieds; mais il est toujours si difficile de satisfaire à la première de ces indications, même dans les circonstances les plus favorables, que nous ne conseillons pas de le tenter.

## SECTION II.

### *Méthode d'opérer les diverses espèces d'Accouchemens où l'enfant présente le devant du col.*

1338. Dans la première de ces espèces d'accouchemens, il est toujours nécessaire d'aller chercher les pieds de l'enfant et de le retourner. On peut, à son choix, introduire l'une ou l'autre main dans le sein de la femme. On l'insinue d'abord en dessous, et dans un état de supination, jusque sur la poitrine de l'enfant; ensuite, si l'on opère de la main droite, on dirige les doigts, en les recourbant un peu, sur le côté et la hanche droite, pour embrasser le tronc de manière à le faire rouler sur son axe, et à tourner sa face antérieure vers le côté gauche de la femme, autant qu'il est possible. Après cela, on va chercher le pied droit, on l'entraîne jusqu'à la vulve, où on le retient au moyen d'un lacs, si on le juge à propos, tandis qu'on reporte la main vers le fond de la matrice pour en dégager le second. Dès qu'ils sont sortis l'un et l'autre, on tire un plus fort sur le premier, mais pendant quelques instans seulement, puis également sur les deux, observant durant ce temps, d'appuyer légèrement de l'autre main sur l'endroit du ventre de la femme où répond la tête de l'enfant, comme pour la repousser vers le haut. Quand on a introduit la main gauche, et non la droite, on dirige les doigts vers la hanche gauche de l'enfant, en passant obliquement sous sa poitrine qu'on s'efforce de tourner vers le côté droit de la mère : ensuite on dégage les pieds successivement, comme dans le cas précédent, mais en commençant par celui du côté gauche, pour terminer l'accouchement avec les précautions indiquées.

*Première espèce d'accouchement où le devant du col se présente.*

1339. Il paroît impossible que la longueur de la partie antérieure du col corresponde exactement au

*Seconde espèce d'accouchement*

où le devant du col se présente.

petit diamètre du détroit supérieur, dans la seconde position que nous avons annoncée, parce que le devant de la tête ne peut rester appuyé sur la saillie de la colonne lombaire : le menton ne se présentera donc pas directement sur l'angle supérieur du sacrum, mais sur l'un de ses côtés, la face se déjetant sur la partie postérieure de la fosse iliaque. Si cela n'arrive pas toujours ainsi, on peut assurer au moins que c'est le cas le plus ordinaire.

1360. Le rapport de l'enfant avec le bassin, et son attitude dans la matrice, sont alors tels, qu'on entrevoit à peine comment on pourra porter la main jusqu'aux pieds, et sur-tout quand les eaux sont écoulées depuis long-temps. Pour opérer le plus surement possible dans ce cas, l'Accoucheur fera choix de sa main droite, toutes les fois que la face sera placée sur le côté droit de la colonne vertébrale, et *vice versâ*. Ayant introduit cette main jusqu'au-dessus de l'oreille droite de l'enfant, on portera la tête vers le devant de la fosse iliaque, sur laquelle elle est déjà appuyée, pendant que, de l'autre main appliquée sur le ventre, on inclinera le fond de la matrice vers le côté gauche, afin de donner à l'enfant une position presque transversale à l'égard du bassin, et de favoriser le reste de l'opération. Ce déplacement, qui n'est pas exclusivement celui de l'enfant, puisque la matrice l'éprouve également, étant porté aussi loin qu'il est possible de le faire, on dirigera la main qui est en-dedans, sur le pied droit, et on le fera descendre le plus qu'on pourra, avant d'aller chercher le second. On continuera d'opérer d'ailleurs comme dans la position précédente.

1361. Lorsqu'on est obligé de se servir de la main gauche, il faut l'introduire vers le côté droit du bassin, afin de porter la tête de l'enfant sur le devant de la fosse iliaque gauche, pendant qu'on inclinera le fond de la matrice du côté droit, pour s'épargner quelques-unes des difficultés qu'on rencontreroit,

sans cette précaution, en allant à la recherche des pieds. Ce sera en suivant le côté gauche de l'enfant, et en accrochant en premier lieu le pied de ce côté, qu'on parviendra à dégager l'un et l'autre convenablement.

1362. On doit toujours opérer de la main gauche la troisième espèce d'accouchement où l'enfant présente le devant du col. On l'insinue au-dessous de la poitrine, en la dirigeant vers le haut de la fosse iliaque droite, et en suivant le côté gauche de l'enfant, jusqu'à sa hanche, pour gagner plus facilement les pieds, qu'on entraînera selon l'ordre dans lequel ils se présenteront. Du reste, on achève de retourner l'enfant comme dans le cas précédent. Si l'on éprouvoit quelques difficultés à faire descendre les pieds après les avoir dégagés de la matrice, il faudroit repousser un peu le haut de la poitrine de l'enfant, et même à différentes reprises, si les circonstances l'exigeoient, afin de favoriser la descente des fesses qui, sans cette précaution, trouveroient peut-être de grands obstacles à s'engager. **Troisième espèce d'accouchement où le devant du col se présente.**

1363. Pour parvenir plus facilement aux pieds de l'enfant, dans la position du col dont il s'agit, quelques Praticiens ont conseillé de repousser d'abord la tête au-dessus de la fausse iliaque gauche, et de faire descendre le devant des cuisses à l'entrée du bassin, en y faisant passer successivement la poitrine et le bas-ventre : mais ce procédé ne pouvant s'exécuter au plus qu'au moment de l'évacuation des eaux, et non sans beaucoup de difficulté, ce ne seroit que dans ce moment qu'il seroit permis de le tenter ; si celui que nous venons de décrire n'étoit alors bien plus facile, et préférable conséquemment dans tous les cas.

1364. Il faut se conduire dans la quatrième position du col, comme dans la troisième, avec cette légère différence cependant, que ce sera la main droite qu'on introduira au-dessous de l'enfant ; qu'on dirigera **De la quatrième espèce d'accouchement où l'enfant présente le**

devant du col. les doigts obliquement vers la fosse iliaque gauche de la femme, et qu'on suivra le côté droit de l'enfant, pour parvenir aux pieds et les dégager, en observant les précautions indiquées au §. 1362.

## ARTICLE III.

### *Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente la poitrine.*

Des accouchemens où l'enfant présente la poitrine.

1365. L'on ne sera pas surpris de ce qu'il se rencontre à peine dans les Auteurs quelques exemples bien caractérisés d'accouchemens où l'enfant ait présenté le devant de la poitrine, si l'on fait attention à l'attitude qu'il doit nécessairement prendre pour se placer ainsi. Sans s'éloigner de la forme ovoïde sous laquelle il est naturellement replié dans le sein de sa mère, il peut offrir le dos, les lombes, l'épaule, la tête, les genoux ou les pieds, avec les mains et le cordon (1) ; mais le devant de la poitrine ne peut se placer à l'entrée du bassin, que la tête au moins ne soit renversée sur le dos. Quelques Praticiens l'ont même représenté ayant alors les cuisses alongées, les jambes fléchies, et les pieds appuyés sur les lombes.

## SECTION PREMIÈRE.

### *Des causes, des signes et différences des Accouchemens où l'enfant présente la poitrine.*

Des causes qui déterminent la poitrine à se présenter.

1366. Cette mauvaise position ne peut être l'effet que du concours de plusieurs causes, car une seule

(1) Les Auteurs sont pleins d'observations où l'enfant présentoit en même temps à l'orifice de la matrice, les mains, les genoux ou les pieds, et le cordon. Nous ne ferons cependant pas de ces accouchemens des espèces particulières, parce qu'ils n'offrent d'autres règles de pratique que celles qui conviennent aux accouchemens dont nous parlons, ou que nous avons déjà exposés.

ne peut la produire : mais l'on ne voit pas clairement quel est l'enchaînement de ces causes. Il paroît que l'étendue extraordinaire de la cavité de la matrice relativement au volume du fœtus dans les derniers temps de la grossesse, est une des ces conditions absolument nécessaires pour que les choses arrivent ainsi.

Des causes qui rendent ces accouchemens contre nature.

1367. Il est bien plus facile d'expliquer pourquoi l'accouchement ne peut s'opérer naturellement quand l'enfant présente la poitrine. Toute la difficulté vient alors de ce que la plus grande longueur du corps de celui-ci se trouve en quelque sorte parallèle à l'un des diamètres du bassin, et tend, pour ainsi dire, à s'y engager de front, au lieu d'y offrir l'une de ses extrémités : c'est dans ces sortes de cas où l'enfant viendroit évidemment en double, si la poitrine pouvoit s'avancer de cette manière ; mais est-il un bassin assez vaste pour lui donner issue sous cette forme ?

Caractères de la partie antérieure de la poitrine.

1368. Il est facile de reconnoître la poitrine, quand on n'en fait la recherche qu'après l'évacuation des eaux. Elle présente une surface aussi étendue que l'entrée du bassin, et peut assez s'y engager alors pour devenir accessible au doigt de l'Accoucheur, et lui faire distinguer sans peine les côtes, les clavicules, la région du sternum, et le haut de l'abdomen.

1369. Quoique ces accouchemens ne se rencontrent que très-rarement, nous en distinguerons cependant quatre espèces, relativement aux quatre positions principales dans lesquelles la poitrine peut se présenter.

1370. Dans la première le devant du col de l'enfant est appuyé sur le rebord du pubis, et le bas-ventre au-dessus du sacrum ; la longueur de la poitrine étant placée dans la direction du petit diamètre de l'entrée du bassin.

1371. On observe le contraire dans la deuxième espèce ; le bas-ventre de l'enfant étant au-dessus du pubis de la mère, et le devant du col sur la base du sacrum.

1372. La situation du col et de la tête de l'enfant

sur la fausse iliaque gauche, et celle du ventre sur la fausse iliaque droite, caractérisent la troisième espèce; et la position inverse de ces mêmes parties, relativement au bassin, constitue la quatrième : d'où l'on voit que la poitrine est placée transversalement sur le détroit, dans ces deux derniers cas.

## Section II.

### *De la manière d'opérer les diverses espèces d'Accouchemens où l'enfant présente la poitrine.*

Des indications que nous offrent les accouchemens où l'enfant présente la poitrine.

1373. L'obstacle qui s'oppose à la sortie de l'enfant, dans tous ces cas, provenant de la cause indiquée au §. 1367, l'indication la plus générale qu'ils nous offrent est facile à saisir : elle consiste à ramener la tête ou les pieds à l'entrée du bassin. Si quelques Praticiens ont conseillé d'y ramener la première, et d'abandonner ensuite l'accouchement aux efforts de la nature ; les autres, avec bien plus de raison, ont expressément recommandé d'aller prendre les pieds, pour le terminer à temps.

1374. Quand on supposeroit ces deux méthodes également faciles, la première ne pourroit être admise indifféremment dans toutes les circonstances. Ce n'est tout au plus qu'au moment de l'ouverture de la poche des eaux, qu'on pourroit tenter, avec quelque espoir de succès, de ramener la tête à sa situation naturelle; mais ce ne seroit pas encore sans y éprouver beaucoup plus de difficultés qu'on en rencontre en allant prendre les pieds, qu'on la rameneroit ainsi. Nous ne conseillerons pas même de l'essayer ; car pour une seule fois qu'on réussiroit péniblement, combien de tentatives inutiles et aussi fatigantes pour la mère que pour l'enfant, ne feroit-on pas ? L'extraction de l'enfant par les pieds est préférable dans tous ces cas ; et la circonstance n'admet aucune autre méthode, quand il existe des accidens.

1375. Parmi les partisans de cette dernière méthode, les uns veulent qu'on refoule la poitrine, et successivement le bas-ventre, les cuisses et les genoux, vers le fond de la matrice, pour faire venir les pieds à l'orifice : d'autres recommandent de les aller prendre sur les lombes de l'enfant, où ils les supposent appuyés, en passant la main sous l'un de ses côtés, pour les entraîner, en faisant rouler le tronc sur son axe placé transversalement dans la matrice. Le premier de ces procédés n'est praticable au plus qu'au moment de l'ouverture de la poche des eaux ; et le second, si on le tentoit plus tard, seroit si dangereux pour l'enfant, qu'on ne sauroit s'excuser de l'avoir préféré à celui que nous recommandons.

1376. La pratique la plus sûre est d'aller chercher les pieds, en insinuant une main vers le bas du tronc de l'enfant, et en se conduisant en tout pour chaque position indiquée, comme pour celle du col, qui a été désignée sous le même nom numérique. *Voyez* l'article précédent.

1377. L'on ne doit, dans aucun de ces cas, sous quelque prétexte que ce puisse être, essayer d'extraire l'enfant en tirant sur un seul pied ; parce qu'on l'exposeroit à des accidens, dont le moindre seroit la luxation de la cuisse.

## ARTICLE IV.

### *Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente le bas-ventre à l'orifice de la matrice.*

1378. Les accouchemens dans lesquels l'enfant présente le bas-ventre, ne paroîtront pas moins extraordinaires que ceux où il offre la poitrine en premier lieu, si on se fait une juste idée de l'attitude qu'il doit avoir alors dans la matrice ; attitude qui ne semble pas constamment la même, si les Praticiens

Des accouchemens où l'enfant présente le bas-ventre.

l'ont bien reconnue, car nous l'avons trouvée différente de ce qu'ils ont dit. Si l'enfant alors a quelquefois le tronc courbé en arrière, la tête renversée sur le dos, les cuisses alongées et rapprochées l'une de l'autre, les jambes fléchies, et les pieds appuyés sur les lombes, comme la plupart des Auteurs l'ont exprimé, de sorte qu'il décrit une espèce d'ellipse dont le plus grand diamètre s'étend du sommet de la tête aux genoux; quelquefois aussi, comme je l'ai observé, il a les extrémités inférieures pliées à l'ordinaire, les genoux étant seulement dans une plus grande abduction, et comme placés sur les côtés du ventre.

## SECTION PREMIÈRE.

### *Des causes et des signes des diverses espèces d'Accouchemens où l'enfant présente le ventre; et des indications qu'ils prescrivent.*

1379. Les causes qui peuvent déterminer l'enfant à présenter le ventre à l'orifice de la matrice, paroissent les mêmes que celles qui donnent occasion à la poitrine de s'y placer en d'autres cas, et ne sont pas mieux connues pour l'une de ces régions que pour l'autre, (*voyez* §. 1366): mais celles qui rendent l'accouchement impossible sans le secours de l'art, le sont parfaitement. L'enfant dont le ventre se présente à l'orifice de la matrice, ne peut naître dans cette attitude; parce qu'il viendroit en double, renversé sur sa partie postérieure, et que nul bassin n'est assez grand pour lui permettre de venir ainsi. *Voyez* §. 1367.

Des signes qui caractérisent la région abdominale de l'enfant.

1380. Les signes qui caractérisent les accouchemens dont il s'agit, se découvrent aisément au toucher. La région abdominale placée sur l'orifice de la matrice, y forme une tumeur molle, peu saillante, mais assez large, terminée d'un côté par le rebord de la

poitrine, et de l'autre par celui du bassin, sur lequel on remarque sur-tout l'épine antérieure de chaque os des îles : ajoutez l'insertion du cordon ombilical, qui suffiroit pour dissiper toute incertitude.

1381. Dans la première de ces espèces d'accouchemens, l'enfant est situé de manière que sa poitrine se trouve au-dessus du pubis de la mère, et les extrémités inférieures au-dessus du sacrum. Des positions que cette région peut prendre sur le détroit supérieur.

1382. Dans la deuxième espèce, la poitrine est au-dessus du sacrum, et les cuisses sont au-dessus du pubis.

1383. Dans la troisième, le bas-ventre se présente transversalement à l'entrée du bassin, de sorte que la poitrine se trouve appuyée sur la fosse iliaque gauche, les cuisses et les genoux étant sur la droite.

1384. Dans la quatrième, le ventre est également placé transversalement sur l'entrée du bassin, mais de manière que la poitrine répond à la fosse iliaque droite, et que les extrémités inférieures sont sur celle du côté gauche.

1385. Il est extrêmement rare dans tous ces cas, qu'une anse du cordon ombilical ne se présente et ne s'engage pas au moment de l'ouverture de la poche des eaux, ce qui peut ajouter singulièrement au danger qui vient alors de la mauvaise attitude de l'enfant, si l'on ne termine pas l'accouchement sur le champ. Le même risque peut avoir lieu, quoique le cordon ne forme pas une anse à travers le col de la matrice; parce qu'il se trouve toujours comprimé dans un point de sa longueur.

1386. Les indications que présentent ces accouchemens, relativement à la manière de faire venir l'enfant, sont absolument les mêmes que celles des différentes espèces où l'on rencontre la poitrine. Si quelques Praticiens ont prescrit de ramener l'enfant à sa situation naturelle, pour en abandonner ensuite l'expulsion aux efforts de la femme, les autres ont recommandé d'aller prendre les pieds et de l'extraire.

La première de ces méthodes seroit sans doute plus conforme aux vues de la nature ; mais elle paroît impraticable, même à l'instant de l'écoulement des eaux, quoique l'enfant conserve encore, pour ainsi dire, toute sa mobilité dans la matrice. Après beaucoup de tentatives infructueuses, si l'on s'obstinoit à la préférer, il faudroit y renoncer, et revenir à la seconde, que ces mêmes tentatives rendroient plus difficile qu'elle ne l'eût été en commençant. Il faut donc toujours dégager les extrémités inférieures.

## SECTION II.

### *Méthodes d'opérer les Accouchemens où l'enfant présente le bas-ventre.*

De la premiere espèce d'accouchement où l'enfant présente le bas-ventre.

1387. Dans la première de ces espèces d'accouchemens, on introduira la main dans la matrice jusqu'au-dessus de la saillie du sacrum, où se trouvent les pieds ou les genoux, selon que l'enfant est replié sous l'une ou l'autre forme indiquée au §. 1378 ; et ayant pris les uns ou les autres comme il convient, mais les pieds de préférence, on les entraînera au-dehors pour terminer l'accouchement de la même manière que si ces parties se fussent présentées naturellement.

De la seconde espèce d'accouchement où le bas-ventre se présente.

1388. Il n'est pas aussi facile d'opérer l'accouchement de la seconde espèce où l'enfant présente le bas-ventre, sur-tout quand les cuisses sont alongées, les jambes flechies et les pieds renversés sur les lombes ; parce qu'on ne peut porter les doigts directement sur les genoux, comme dans le cas précédent, à moins qu'on ne les détourne de dessus la symphyse du pubis, en appuyant convenablement de l'autre main sur le ventre de la femme ; ou bien qu'on ne repousse en arrière et en haut la poitrine de l'enfant, pour les faire descendre à l'entrée du bassin. On agira

de l'une ou l'autre manière, préférant la dernière, si l'on opère au moment de l'évacuation des eaux, et la première lorsqu'elles seront écoulées depuis quelque temps. Dans ce dernier cas, on introduira la main vers l'un des côtés du bassin, en recourbant les doigts vers les genoux qu'on inclinera de ce même côté en pressant extérieurement de l'autre main, jusqu'à ce qu'on puisse les accrocher et les entraîner, en ramenant alors les cuisses de l'enfant dans le sens où elles se fléchissent.

1389. Quelques Accoucheurs, au lieu de ce procédé, imagineront peut-être de passer la main sur l'une des hanches de l'enfant, pour aller de suite s'emparer des pieds appuyés sur les lombes et les entraîner, n'importe comment; mais en s'épargnant un peu de difficulté en agissant ainsi, ils exposeront l'enfant à de grands inconvéniens dont il est à couvert dans les autres procédés.

De la troisième et quatrième espèces d'accouchement où l'enfant présente le ventre.

1390. L'on n'éprouve jamais autant d'obstacles à terminer l'accouchement de la troisième et quatrième espèces, que celui de la deuxième, quelle que soit la situation des extrémités inférieures de l'enfant respectivement au tronc. Dans la troisième espèce, on introduira la main gauche vers la partie latérale droite de la matrice, pour saisir les genoux, si les cuisses de l'enfant sont alongées, et les pieds, si elles sont fléchies. On se conduira de même dans la quatrième espèce, mais en insinuant la main droite au-dessus de la fosse iliaque gauche de la femme, vers laquelle sont alors les extrémités de l'enfant.

1391. Dans le cas où la main introduite à l'entrée de la matrice, pour s'assurer de la position de l'enfant, ne seroit pas celle que nous venons d'indiquer relativement à chaque position transversale du bas-ventre, elle n'en conviendroit pas moins, si les eaux étoient récemment écoulées: mais au lieu de diriger d'abord les doigts vers les genoux ou les pieds, comme on vient de le recommander, il faudroit re-

fouler la poitrine de l'enfant au-dessus de la fosse iliaque qui la soutient, afin de rapprocher ces extrémités de l'entrée du bassin, et de les empoigner plus facilement. Il ne convient pas de tenter ce procédé lorsque l'enfant est étroitement serré dans la matrice ; il faut alors retirer la main qu'on a introduite, si elle n'est pas la plus propre au but qu'on se propose, et se servir de l'autre, de la manière qui a été prescrite au §. 1390.

## ARTICLE V.

*Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente le devant des cuisses et du bassin; de leurs causes, de leurs signes, de leurs différences, et de la manière de les opérer.*

Des accouchemens où l'enfant présente le devant du bassin et des cuisses.

1392. La possibilité des accouchemens où l'enfant présente le devant des cuisses et la région des parties sexuelles, doit être admise comme une conséquence des précédens ; s'il est vrai que l'enfant puisse prendre dans la matrice l'attitude sous laquelle les Auteurs l'ont dépeint lorsqu'il présente le ventre. On en rencontre si peu d'exemples, à la vérité, et ces accouchemens ont tant de rapport avec ceux que nous venons de décrire, que nous les aurions passés sous silence, si les signes qui les caractérisent n'en étoient différens.

Des causes qui donnent lieu à cette situation de l'enfant.

1393. Les causes qui peuvent y donner lieu, sont cependant les mêmes qui déterminent le bas-ventre, ou la poitrine, à se présenter. La région des parties sexuelles et le devant des cuisses ne peuvent se placer à l'orifice de la matrice, que l'enfant ne soit renversé sur sa partie postérieure, qu'il n'ait les pieds appuyés sur les lombes, et que le grand axe de la forme ovoïde qu'il décrit dans le sein de sa mère, ne s'étende du sommet de la tête aux genoux, comme on le voit au §. 1378.

1394. L'on ne peut reconnoître cette région de la surface de l'enfant aussi facilement que celle de l'abdomen, parce qu'elle ne peut s'adapter aussi exactement que celle-ci, à l'entrée du bassin de la femme, et qu'elle reste au-dessus de la portée du doigt. On la distingue à la souplesse de la tumeur abdominale qui se trouve aux environs; aux parties sexuelles, surtout si c'est un garçon, en ce qu'elles sont plus saillantes, et aux deux colonnes parallèles que forment les cuisses toujours alongées en pareils cas. Caractères des parties assignées.

1395. Dans la première des quatre positions principales que ces parties peuvent prendre à l'égard du bassin, les genoux sont appuyés au-dessus ou à côté de la saillie du sacrum, et le bas-ventre est au-dessus du pubis: la poitrine et la face étant sous la partie antérieure de la matrice. Dans la seconde position, ces dernières regardent la partie postérieure de la matrice, et les genoux sont situés en-devant sur le rebord du bassin. Dans la troisième, l'enfant est placé transversalement, de manière que les genoux sont appuyés sur le bas de la fosse iliaque droite, pendant que la poitrine se trouve sur la gauche; et dans la quatrième, la poitrine et le ventre sont vers la fosse iliaque droite, et les genoux sur la gauche. Des positions que peuvent prendre ces parties.

1396. L'indication que nous offrent ces différentes espèces d'accouchemens, est facile à saisir; elle consiste à prendre les pieds ou les genoux de l'enfant, pour l'extraire du sein de sa mère; en se conduisant à cet égard, pour chaque position désignée ci-dessus, comme pour celle du bas-ventre, indiquée par le même nom numérique. Des indications que nous offrent ces différentes positions.

---

## CHAPITRE V.

### *Des Accouchemens où l'enfant présente à l'orifice de la matrice, les différentes régions de sa surface postérieure.*

Des accouchemens où l'enfant présente les régions de sa surface postérieure.

1397. CES accouchemens se rencontrent un peu plus souvent que ceux où l'enfant présente une des régions de sa surface antérieure. On a vu ci-devant quelle attitude singulière et gênante il devoit prendre pour présenter la face, le col, la poitrine ou le bas-ventre, à l'orifice de la matrice ; et quel devoit être l'enchaînement des causes nécessaires pour produire cet effet. Il n'en est pas de même des accouchemens dont nous allons faire l'exposé ; des causes très-simples, telles que l'obliquité de la matrice, et une plus grande quantité d'eau qu'à l'ordinaire, peuvent y donner lieu ; parce que l'enfant, sans perdre la forme ovoïde sous laquelle il est naturellement replié dans le sein de sa mère, peut offrir à l'orifice de la matrice, la région occipitale, le derrière du col, le dos et les lombes.

Pronostic général de ces accouchemens.

1398. Le même danger n'accompagne pas non plus ces deux ordres d'accouchemens. Ceux que nous allons exposer sont moins fâcheux, toutes choses égales d'ailleurs, pour la mère et l'enfant ; et ils offrent bien moins de difficultés que les premiers.

ARTICLE

## ARTICLE PREMIER.

### *Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente la région occipitale à l'orifice de la matrice.*

### SECTION PREMIÈRE.

### *Des causes, des signes caractéristiques de ces Accouchemens, et des indications qu'ils nous offrent.*

1399. La présence de la région occipitale à l'orifice de la matrice, ou sur l'entrée du bassin, paroît n'avoir d'autres causes que la déviation de l'axe longitudinal du tronc de l'enfant relativement à celui du bassin : ce qui peut dépendre de l'obliquité même de la matrice, ou de la grande quantité d'eau qu'elle renferme.

Accouchemens où l'enfant présente la région occipitale.

1400. Une tumeur ronde et solide, sur laquelle on distingue la fontanelle postérieure, la suture lambdoïde et les espaces membraneux qui sont au bas de chacune de ses branches, caractérise la région occipitale.

Caractères de cette région.

1401. Cette région peut se présenter dans quatre situations différentes. Dans la première, le sommet de la tête est appuyé contre la saillie du sacrum, et le derrière du col sur le rebord des os pubis, de sorte que le dos répond à la partie antérieure de la matrice.

Des diverses manières dont cette région peut se présenter.

1402. Dans la seconde position, le sommet de la tête est au-dessus des os pubis, le derrière du col sur la base du sacrum, et le dos de l'enfant contre la partie postérieure de la matrice.

1403. Dans la troisième position, le derrière du col est appuyé sur le bord inférieur de la fosse iliaque droite, le sommet de la tête répond au côté gauche, le dos de l'enfant, à la partie latérale droite de la matrice, et la poitrine, à la partie latérale gauche.

1404. On remarque le contraire dans la quatrième position, quant au rapport de toutes ces parties avec le bassin ; le sommet de la tête répondant au côté droit de cette cavité, et le derrière du col, ainsi que le dos de l'enfant, au côté gauche. Ces deux dernières positions sont plus ordinaires que les autres.

Des indications que présentent ces diverses positions.

1405. Ces accouchemens diffèrent peu de ceux où l'enfant présente le sommet de la tête à l'orifice de la matrice, et ils n'exigent pas toujours les secours de l'art. Souvent la tête se réduit comme d'elle-même à sa situation naturelle, à mesure que le travail augmente ; parce que la direction de l'axe de la matrice, ou de celui de l'enfant, peut changer, dans le cours de ce travail, soit à cause de la situation que garde la femme, ou de la contraction même de la matrice après l'écoulement des eaux. Quand ce changement ne s'opère pas ainsi comme de lui-même, on prescrit à la femme de se coucher sur le côté opposé à celui de la déviation de la matrice, ou, ce qui est absolument la même chose, sur le côté où répond le sommet de la tête. Si cette précaution ne suffit pas encore, on introduit une main pour ramener cette partie de la tête au milieu du bassin.

1406. On doit se comporter différemment quand le travail de l'accouchement est compliqué de quelques-uns des accidens dont il a été fait mention dans l'un des articles précédens, et que nous avons regardés comme autant de causes qui le rendent contre nature ou dangereux, soit pour la mère, soit pour l'enfant : il faut alors retourner ce dernier et l'amener par les pieds, à moins qu'on ne juge plus expédient d'extraire la tête au moyen du forceps (1).

(1) Voyez l'article des cas qui exigent l'usage du forceps, partie IV.

## SECTION II.

*De la manière d'opérer les diverses espèces d'Accouchemens où l'enfant présente la région occipitale.*

1407. Dans la première de ces espèces d'accouchemens, qui est très-rare, on doit faire coucher la femme horizontalement sur le dos, aussi-tôt qu'on a bien reconnu la position de l'enfant, afin de diminuer l'obliquité antérieure de la matrice, et d'obliger, à ce moyen, le sommet de la tête qui est appuyé contre la saillie du sacrum, à venir se placer au centre du bassin. Quand l'on ne peut obtenir le déplacement dont il s'agit, de cette manière, on l'opère différemment : on introduit alors une main à l'entrée de la matrice, en montant le long du sacrum, jusqu'à ce que les doigts puissent accrocher en quelque sorte le haut de la tête et l'entraîner convenablement, ayant soin de tourner en même temps la région occipitale vers l'une ou l'autre cavité cotyloïde de la femme. Après cela on abandonne l'accouchement aux soins de la nature. De la première espèce d'accouchement où la région occipitale se présente.

1408. Quand les circonstances accidentelles exigent qu'on retourne l'enfant et qu'on l'amène par les pieds, on porte la main un peu plus loin, mais toujours dans la même direction; on déplace la tête en lui faisant décrire un mouvement de pivot assez étendu pour que l'occiput regarde l'une ou l'autre fosse iliaque; savoir celle du côté droit quand on opère de la main droite, et *vice versâ*. A mesure que la main pénètre plus avant, on tourne le tronc de l'enfant dans le même sens, et l'on opère du reste en observant tout ce qui a été prescrit pour la troisième position du sommet de la tête. *Voyez* §. 1315. De la manière de retourner l'enfant en pareil cas.

1409. L'on ne doit rien espérer des efforts de la nature dans la seconde espèce d'accouchement où la région occipitale se présente, pour peu que le bassin Seconde espèce d'accouchement où la région

occipitale se présente. de la femme soit resserré ; parce que la tête de l'enfant ne peut descendre, que la face ne vienne en-dessus comme dans la sixième position du sommet, et qu'il est toujours extrêmement difficile alors, même en s'y prenant de très-bonne heure et dans le moment le plus favorable, de la diriger de manière que l'occiput vienne se présenter, dans les derniers temps, sous l'arcade du pubis : c'est pourquoi nous pensons qu'il vaut mieux retourner l'enfant et l'amener par les pieds, que d'exposer la femme à des efforts non-seulement toujours douloureux et fatigans, mais encore le plus souvent infructueux.

1410. On insinue la main dans la matrice sur un des côtés de la tête, qu'on écarte de l'entrée du bassin en tournant l'occiput vers la fosse iliaque droite de la femme, si l'on se sert de la main droite, et *vice versâ*; et l'on n'opère d'ailleurs de la même manière que pour la sixième position du vertex. *Voyez* §. 1322.

Troisième espèce d'accouchement où l'enfant présente la région occipitale.

1411. Le sommet de la tête étant foiblement retenu sur le côté gauche du bassin dans la troisième espèce d'accouchement où la région occipitale se présente, peut venir comme de lui-même se placer au centre du détroit supérieur, si la femme reste couchée pendant quelque temps sur le côté gauche. Lorsque cette précaution, aussi simple qu'exempte de douleurs, ne suffit pas pour opérer ce changement avantageux, l'Accoucheur doit introduire sa main droite dans le sein de la femme et vers la fosse iliaque gauche, jusque sur le sommet de la tête de l'enfant, pour la ramener à sa situation naturelle ; ensuite il abandonnera l'accouchement aux soins de la nature.

De la manière de retourner l'enfant lorsque cette position a lieu.

1412. Lorsque des circonstances particulières exigent qu'on le termine sans délai, il faut retourner l'enfant et l'amener par les pieds. On introduit alors la main droite dans la direction indiquée au paragraphe précédent ; on écarte la tête de l'entrée du bassin, en la poussant vers la fosse iliaque droite,

et l'on va chercher les pieds, en parcourant le côté droit de l'enfant, comme nous l'avons recommandé en traitant de la seconde position du vertex. *Voyez* §. 1311 et suivant.

1413. Lorsqu'on ne se propose que de ramener la tête à sa situation naturelle, dans la quatrième espèce d'accouchement où se présente la région occipitale, pour abandonner ensuite l'expulsion de l'enfant, aux soins de la nature, il faut d'abord faire coucher la femme sur le côté droit, afin de diminuer l'obliquité de la matrice et de forcer le sommet de la tête à se rapprocher de l'entrée du basssin. Si cette précaution ne suffit pas, on avancera la main gauche jusqu'au bas de la fosse iliaque droite, pour accrocher la tête et la réduire à la position assignée. **Quatrième espèce d'accouchement où la région occipitale se présente.**

1414. On se sert également de cette main, lorsqu'il s'agit de retourner l'enfant. On l'insinue dans la même direction et en montant vers la partie latérale droite de la matrice, afin d'écarter la tête de l'entrée du bassin, et de la pousser sur la fosse iliaque gauche, comme à l'occasion de la première position du vertex: on opère d'ailleurs de la manière qui a été décrite au §. 1306 et suivans.

## ARTICLE II.

*Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente le derrière du col, vulgairement appelé* la nuque.

### SECTION PREMIÈRE.

*De leurs causes, de leurs signes, de leurs différences, et des indications générales qu'ils nous offrent.*

1415. Cette position contre nature peut être l'effet du concours des deux causes assignées au §. 1399, ou l'une d'elles seulement. **Accouchemens où le derrière du col se présente.**

Caractères de cette région.

1416. On reconnoît aisément par le toucher, la partie postérieure du col de l'enfant, quand les eaux sont écoulées. Les signes qui la caractérisent sont les tubercules épineux des vertèbres cervicales, toujours d'autant plus sensibles au tact que la tête est fléchie davantage sur la poitrine et que la matrice embrasse le tout plus étroitement, les angles de la mâchoire inférieure, et le bord supérieur des omoplates. Cette région peut se présenter à l'entrée du bassin de différentes manières; et ces diverses positions constituent autant d'espèces d'accouchemens.

Des positions que peut prendre cette région.

1417. Dans la première, la situation de l'enfant est telle que l'occiput se trouve appuyé sur le rebord des os pubis, et le dos au-dessus de la base du sacrum.

1418. Dans la deuxième, l'occiput est sur un des côtés de la saillie du sacrum, et le dos sur le pubis, au-dessous de la partie antérieure de la matrice.

1419. Dans la troisième, la longueur du col est placée transversalement à l'égard du bassin, de sorte que l'occiput se trouve appuyé sur le bas de la fosse iliaque gauche, et le dos sur la fosse iliaque droite.

1420. Dans la quatrième, le col se présente également en travers, mais de manière que l'occiput est sur le bas de la fosse iliaque droite, et le dos sur la gauche. Ces deux dernières positions se rencontrent plus souvent que les premières.

Indications que nous présentent ces différentes positions.

1421. L'accouchement ne peut s'opérer sans les secours de l'art dans aucun de ces cas; si ce n'est peut-être en quelques circonstances extrêmement rares, où le sommet de la tête revient comme de lui-même se placer au centre du bassin, moyennant la position qu'on fait prendre à la femme: ainsi qu'on l'a remarqué à l'occasion des accouchemens où la région occipitale se présente.

1422. La première indication que nous prescrivent ces diverses positions de l'enfant consiste à ramener la

tête à sa situation ordinaire, si l'on trouve assez de ressources dans les forces de la femme pour opérer l'accouchement. Il faut cependant en excepter le cas de la première espèce, comme on le verra dans la section suivante. Mais cette indication qui paroît la plus naturelle, offre quelquefois tant de difficultés dans l'exécution, qu'il vaut mieux s'en écarter et aller chercher les pieds, que d'insister à ramener la tête. Cette méthode est contre-indiquée d'ailleurs toutes les fois que des circonstances accidentelles exigent qu'on termine l'accouchement sans délai.

## SECTION II.

*De la manière d'opérer les diverses espèces d'Accouchemens où l'enfant présente le derrière du col ou la nuque.*

1423. Si l'on fait attention aux difficultés qu'on doit éprouver à ramener le sommet de la tête au centre du bassin lorsque le derrière du col se présente dans la première position, sur-tout quand les eaux de l'amnios sont écoulées depuis quelque temps, et à détourner la face de dessus le pubis, de manière à ce qu'elle se porte vers le sacrum dans la suite du travail, on verra qu'il est plus prudent alors de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds, que de fatiguer la mère par des tentatives inutiles qui ne feroient que rendre ce dernier parti plus difficile à exécuter.

Première espèce d'accouchement où l'enfant présente le derrière du col.

1424. L'on peut, à son gré, dans cette espèce d'accouchement, se servir de la main droite ou de la gauche. Si l'on opère de la première, on l'insinuera dans un état moyen entre la pronation et la supination vers le côté gauche de la matrice, jusqu'à ce qu'elle soit parvenue sur l'épaule droite de l'enfant. Dans ce moment, on s'efforcera de faire rouler un tant soit peu le tronc de celui-ci sur son axe et d'en tourner le dos vers le côté droit de la femme.

Ensuite, on ira chercher les pieds, avec les précautions ordinaires, et on les entraînera successivement à l'entrée du vagin, en commençant par le droit. Lorsqu'ils seront l'un et l'autre dans cet endroit, on tirera uniquement sur le pied gauche, mais pendant quelque temps seulement, afin d'achever de tourner la poitrine de l'enfant vers le côté gauche de la femme, et de favoriser d'ailleurs la flexion du tronc en devant : ce qui se conçoit très-clairement d'après la démonstration. On agira ensuite également sur les deux pieds, et à mesure que l'enfant descendra l'on continuera de diriger la poitrine et la face vers la jonction sacro-iliaque droite, pour extraire la tête comme on le remarque à l'occasion de la première position des pieds.

1425. Si l'on opéroit de la main gauche, il faudroit le faire selon les mêmes principes. Mais on doit l'insinuer vers le côté droit de la matrice, et tourner le dos de l'enfant, en chemin faisant, du côté gauche de ce viscère, pour prendre d'abord le pied gauche et ensuite le droit. On tirera presque uniquement sur ce dernier, après avoir amené l'un et l'autre dans le vagin, afin de diriger la poitrine et la face vers la jonction sacro-iliaque gauche, et de faire venir la tête comme dans la deuxième position des pieds.

Seconde espèce d'accouchement où l'enfant présente le derrière du col.

1426. On pourroit essayer, dans la seconde espèce d'accouchement où le derrière du col se présente, de ramener la tête à sa situation naturelle, si le travail n'étoit compliqué d'aucun accident; mais ce n'est pas sans peine qu'on devra se promettre d'y parvenir, même à l'instant de l'écoulement des eaux, et l'expérience nous porte à croire qu'il seroit encore plus à propos d'aller chercher les pieds. Si cependant on vouloit le tenter, il faudroit se conduire de la manière suivante.

1427. La femme étant couchée sur le dos et au bord de son lit, on introduit la main droite en sui-

vant la partie postérieure de la matrice, jusqu'à ce que les doigts embrassent assez exactement le dessus de la tête pour l'entraîner à l'entrée du bassin. On observe en même temps de tourner l'occiput vers la cavité cotyloïde gauche, et d'exercer une pression convenable de l'autre main sur le ventre de la femme, pour diminuer un peu l'obliquité antérieure de la matrice.

1428. Quand il est nécessaire de retourner l'enfant et de l'extraire par les pieds, on introduit la main droite sous l'occiput, d'où l'on dirige les doigts obliquement sur le côté droit de la tête, pour l'écarter de la colonne lombaire de la mère et la porter au-dessus des os pubis, de manière que l'oreille réponde ensuite à la main qui opère. On continue d'avancer celle-ci en suivant le même côté de l'enfant, pendant que de la main gauche qui est au-dehors, on incline un peu le fond de la matrice vers le côté droit. Lorsqu'on rencontre les pieds, on les dégage et l'on tire dessus dans l'ordre indiqué à l'occasion de la première position. Si on éprouve quelque difficulté à les amener entièrement au-dehors, on éloigne la tête du détroit supérieur et en la poussant vers la fosse iliaque droite.

1429. Lorsqu'on opère de la main gauche, on l'introduit de même sous l'occiput; mais, de là, on dirige les doigts sur le côté gauche de la tête pour la soulever au-dessus du pubis, comme dans le cas précédent, et aller prendre les pieds, en suivant ce même côté de l'enfant, etc.

**Troisième espèce d'accouchement où l'enfant présente le derrière du col.**

1430. Lorsqu'on reconnoît avant l'ouverture de la poche des eaux que c'est la troisième position de la partie postérieure du col qui a lieu, il est à propos de faire coucher la femme sur le côté gauche jusqu'au moment où ce fluide vient à s'écouler, parce qu'au moyen de cette précaution, la tête de l'enfant peut revenir à sa situation naturelle. Autrement, on introduira la main droite dans le sein de la femme en

montant vers la fosse iliaque gauche, jusqu'à ce que les doigts soient parvenus assez loin sur le sommet de la tête pour l'entraîner à l'entrée du bassin, pendant que de l'autre main on exercera une pression convenable sur le ventre de la femme pour incliner le fond de la matrice vers le côté gauche.

1431. Toutes les fois qu'on éprouve trop de difficulté à ramener la tête à sa situation naturelle, ou que des circonstances étrangères à la mauvaise position dont il s'agit, exigent qu'on termine l'accouchement sans rien attendre des forces de la mère, il faut aller chercher les pieds et retourner l'enfant. On introduit alors la main droite vers le vertex, comme dans le cas précédent; mais en même temps un peu en dessous et vers la tempe droite pour écarter la tête de la partie postérieure du bassin, la porter au-dessus des os pubis, et la pousser vers le devant de la fosse iliaque droite autant qu'on le peut. Après cela, on va prendre les pieds, en suivant le côté droit de l'enfant; on entraîne d'abord celui de ce côté, et ensuite le gauche. Quand ils sont à l'entrée du vagin, on tire presque uniquement sur le dernier, et on a la précaution de repousser la tête de nouveau, si l'on éprouve quelque difficulté à les faire descendre. Du reste, on achève l'accouchement comme nous l'avons recommandé à l'occasion des différentes espèces où le vertex se présente.

Quatrième espèce d'accouchement où le derrière du col se présente.

1432. La quatrième espèce d'accouchement où le derrière du col se présente, offre les mêmes indications que la précédente; mais soit qu'on se propose de ramener la tête à sa position naturelle, ou de retourner l'enfant pour l'extraire par les pieds, il faut opérer de la main gauche. Pour satisfaire à la première de ces deux indications, on l'introduit au-dessus de la fosse iliaque droite, et on entraîne le sommet de la tête à l'entrée du bassin; pendant que de la main droite on exerce une pression con-

venable sur le ventre de la femme pour changer la direction de la matrice et en incliner légèrement le fond vers le côté droit.

1433. Lorsqu'on veut retourner l'enfant, on insinue la main gauche dans la même direction ; mais en la passant en même temps un peu au-dessous de la tête pour la soulever du côté des os pubis, et la porter sur le devant de la fosse iliaque gauche. Ensuite l'on va chercher les pieds, en suivant le côté gauche de l'enfant, et on les dégage avec les précautions indiquées précédemment. A mesure qu'on s'efforce de les faire descendre, si l'on y rencontre quelque difficulté, on repousse la tête de plus en plus vers le haut de la fosse iliaque gauche.

## ARTICLE III.

### *Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente le dos à l'orifice de la matrice.*

### SECTION PREMIÈRE.

#### *De leurs causes, de leurs signes, de leurs différences, et des indications qu'ils nous offrent.*

1434. Ces accouchemens se rencontrent un peu plus souvent que ceux où l'enfant présente la nuque, quoiqu'ils paroissent dépendre des mêmes causes : ce qui vient sans doute de la forme du dos qui est plus arrondi que le derrière du col, et plus propre conséquemment à s'adapter à l'entrée du bassin. Accouchemens dans lesquels l'enfant présente le dos.

1435. On reconnoît facilement, au toucher, cette région de l'enfant quand les eaux sont écoulées. Elle présente une tumeur assez large et inégale ; sur laquelle on distingue les tubercules épineux des vertèbres, quoique très-petits au terme de la naissance ; Caractères auxquels on reconnoît cette région.

les côtes, le bord postérieur et l'angle inférieur des omoplates.

Des positions que le dos de l'enfant peut prendre à l'égard du bassin.

1436. Le dos peut se placer de quatre manières différentes à l'entrée du bassin. Dans la première position, le derrière du col est appuyé sur le rebord des os pubis, et la région des lombes est au-dessus du sacrum.

1437. Dans la deuxième, ce sont les lombes de l'enfant qui sont au-dessus des os pubis, pendant que la nuque est sur le rebord postérieur du bassin.

1438. Dans la troisième, le dos est placé transversalement, de manière que la tête et le derrière du col se trouvent sur le bas de la fosse iliaque gauche et les lombes sur la droite.

1439. La quatrième position offre le contraire de la précédente; la tête de l'enfant étant sur le bas de la fosse iliaque droite, et les lombes sur la fosse iliaque gauche. Ces deux positions transversales sont plus ordinaires que les autres.

Des indications que nous présentent ces diverses positions.

1440. Les accouchemens où l'enfant présente le dos nous offrent les mêmes indications que ceux qui font le sujet de l'article précédent. Le rapport des dimensions du corps de l'enfant avec celles du bassin de la mère, est toujours tel, que l'accouchement ne peut se faire qu'on n'ait ramené la tête ou les pieds au passage. Mais les Accoucheurs sont encore partagés sur le parti qu'il convient de prendre alors; si les uns proposent de ramener la tête, les autres veulent, avec bien plus de raison, qu'on retourne l'enfant. Quand on fait attention à l'éloignement de la première, à la forme irrégulière de l'enfant replié sur lui-même et à la manière dont il est enveloppé par les parois de la matrice après l'écoulement des eaux, l'on entrevoit tant de difficultés à la rappeler à sa situation naturelle, qu'on ne peut s'empêcher de regarder la méthode proposée par les derniers, comme la seule et unique qui soit

praticable en pareil cas. Il faut donc retourner l'enfant et l'extraire par les pieds toutes les fois qu'il présente le dos.

## SECTION II.

### *De la manière d'opérer les Accouchemens où l'enfant présente le dos.*

1441. Quand on admettroit la possibilité de ramener la tête de l'enfant à sa situation naturelle, dans les cas où il présente le dos, il faudoit en excepter celui qui est indiqué au §. 1435, et qui constitue la première espèce des accouchemens dont il s'agit : car toutes les tentatives qu'on feroit à cet effet seroient certainement inutiles alors, et même nuisibles. Aucun autre parti que celui d'extraire l'enfant par les pieds ne convient dans ce cas.

Première espèce d'accouchement où l'enfant présente le dos.

1442. La manière la plus simple d'y procéder au moment de l'écoulement des eaux de l'amnios, est d'insinuer la main dans un état de supination, en suivant la partie postérieure de la matrice, les lombes et les fesses de l'enfant, jusqu'à ce qu'on puisse bien saisir les pieds appliqués sur ces dernières et les entraîner dans le vagin; pendant qu'on appuiera légèrement de l'autre main sur le milieu du ventre de la femme, dans l'endroit où répond la tête, afin de pousser celle-ci en arrière et en haut, et de favoriser la descente des extrémités sur lesquelles on agit.

1443. Ce procédé, toujours facile à exécuter quand on opère à l'instant de l'évacuation des eaux, par rapport à la mobilité dont l'enfant jouit encore, présente tant de difficultés lorsque ce fluide est écoulé depuis long-temps et que l'enfant est étroitement serré dans la matrice, qu'il vaut mieux se conduire de la manière suivante.

1444. On introduit la main droite vers le côté

gauche de la matrice, en la tenant dans un état moyen entre la pronation et la supination, jusqu'à ce qu'elle soit parvenue sur la hanche de l'enfant; et dans ce moment on en écarte les fesses, de la colonne lombaire de la mère, en les poussant vers le côté droit. De l'autre main appliquée extérieurement sur le ventre, on incline le lieu où se trouve la tête, vers le côté gauche, pour donner à l'enfant une situation diagonale relativement à l'entrée du bassin. Puis on dégage ensuite les pieds, comme dans l'accouchement de la première espèce où la nuque se présente; observant de tirer avec plus de force sur le pied gauche dès qu'ils sont parvenus l'un et l'autre à l'entrée du vagin, afin de favoriser la flexion antérieure de l'enfant, et de faire décrire aux lombes un léger mouvement de torsion nécessaire à la descente des fesses. On pourroit aussi se servir de la main gauche dans ce dernier temps; mais il faudroit l'introduire sur l'autre côté de l'enfant, et sous la partie latérale droite de la matrice, etc.

Seconde espèce d'accouchement où l'enfant présente le dos, et de la manière de l'opérer.

1445. Dans la seconde espèce d'accouchement où le dos se présente, on doit se comporter de la même manière que pour la seconde de la partie postérieure du col, excepté qu'il ne faut pas essayer de ramener la tête à sa bonne position. *Voyez* §. 1427 et le suivant.

Troisième espèce d'accouchement où l'enfant présente le dos, et de la manière de l'opérer.

1446. Lorsqu'on peut opérer au moment de l'ouverture de la poche des eaux, dans la troisième espèce d'accouchement où le dos se présente, on se servira, avec le même avantage, de la main droite ou de la main gauche, mais différemment. Si on préfère la dernière, il faudra l'insinuer au-dessus de la fosse iliaque droite de la femme, pour accrocher les pieds de l'enfant qui y répondent, et les entraîner; pendant qu'on exercera de l'autre main une pression convenable sur le côté gauche du ventre de la femme, dans la vue de pousser la tête qui

répond à ce point, en en-haut et vers le côté opposé.

1447. Lorsqu'on opère de la main droite, on l'insinue d'abord au-dessous de l'enfant, en le soulevant un peu, et en dirigeant le dos au-dessus des os pubis; on avance ensuite les doigts vers sa hanche droite, et on dégage les pieds successivement jusqu'à l'entrée du vagin. On tire presque uniquement sur le pied gauche dans ces derniers temps, afin de favoriser la conversion du tronc et les mouvemens nécessaires à la descente des fesses : après cela, on agit également sur les deux pieds, et l'on se conduit du reste comme dans tous les cas où l'on a été obligé de le retourner. Ce dernier procédé est le seul qui convienne, ou celui qui présente le moins de difficultés, lorsque les eaux sont écoulées depuis long-temps.

Quatrième espèce d'accouchement où l'enfant présente le dos.

1448. La quatrième espèce d'accouchement où le dos se présente, paroîtra la même que la précédente, si l'on ne considère que le rapport des dimensions de l'enfant avec celles du bassin de la mère : elle offre aussi les mêmes indications, et on peut l'opérer de la main droite ou de la main gauche, selon les circonstances.

1449. Lorsqu'on y procède au moment de l'ouverture de la poche des eaux, on insinue la main droite vers le côté gauche de la matrice, jusqu'au-dessus de la fosse iliaque où sont les pieds de l'enfant, pour les accrocher du bout des doigts et les entraîner, pendant qu'on agira de l'autre main sur le côté droit du ventre, comme si l'on vouloit incliner la matrice vers le côté opposé.

1450. Dans ce même cas, on peut également aller chercher les pieds avec la main gauche; mais ce sera en l'introduisant au-dessous du corps de l'enfant, qu'il faut écarter de la colonne lombaire de la femme, et en dirigeant les doigts vers la hanche gauche. On dégage d'abord le pied gauche,

et ensuite le pied droit sur lequel on tire presque uniquement dans le premier moment, pour favoriser la flexion du tronc, nécessaire à la descente des fesses. Après cela on se conduit comme dans les autres cas.

1451. C'est ce dernier procédé qu'il convient de mettre en pratique quand l'enfant est étroitement serré dans la matrice, les eaux étant évacuées depuis plusieurs heures; ce qui n'est que trop ordinaire lorsque nous sommes appelés en second pour terminer de pareils accouchemens.

1452. Dans toutes ces mauvaises positions de l'enfant, comme dans celles où il présente le derrière du col, les lombes, etc. plusieurs accoucheurs conseillent de refouler la partie inférieure du tronc vers le fond de la matrice, pour ramener la tête à sa situation naturelle; ou bien, de repousser celle-ci en en-haut pour rapprocher les pieds de l'orifice de la matrice, en y faisant passer successivement toutes les régions comprises entre celle qui s'y présente, et celle qu'on veut y ramener. Mais cette méthode ne peut être que le fruit d'une mauvaise spéculation; et en admettant qu'elle soit praticable, ce ne seroit tout au plus que dans le moment de l'ouverture de la poche des eaux, encore sera-t-elle toujours bien plus difficile à exécuter, et bien plus fatigante pour la femme, que celles que nous avons prescrites.

---

ARTICLE

## ARTICLE IV.

### *Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente la région lombaire.*

### SECTION PREMIÈRE.

*De leurs causes, de leurs signes, de leurs différences, et de leurs indications relativement à la manière d'opérer.*

Accouchement où l'enfant présente les jambes.

1453. La région lombaire se présente aussi souvent à l'orifice de la matrice que la région du dos ; et ces deux ordres d'accouchemens nous paroissent l'effet des mêmes causes : il est difficile d'ailleurs de leur en assigner de particulières.

Caractères de la région lombaire.

1454. Quand les eaux sont écoulées, et que les lombes de l'enfant sont un peu pressées par l'action de la matrice sur l'entrée du bassin, on les reconnoît sans beaucoup de peine. On dinstingue au milieu de l'espèce de tumeur qu'elles forment, une rangée de tubercules assez saillans, les fausses-côtes d'une part, et les angles postérieurs des os des îles, de l'autre part.

Positions que peuvent prendre les lombes de l'enfant relativement au besoin.

1455. Dans la première espèce d'accouchement où cette région se présente, le dos de l'enfant est au-dessus du pubis de la mère, et les fesses sont en arrière au-dessus du sacrum.

1456. Dans la deuxième espèce, les fesses et les pieds de l'enfant sont situés au-dessus du pubis, contre la partie antérieure de la matrice ; le dos et la tête, sur la partie postérieure de ce viscère.

1457. Dans la troisième, le dos est sur la fosse iliaque gauche, les fesses et les pieds sont sur la droite.

1458. Dans la quatrième, c'est sur cette dernière fosse iliaque que sont appuyés le dos et la tête ; les fesses et les pieds étant sur la gauche.

Indications que nous présentent ces différentes positions.

1459. L'accouchement ne peut s'opérer sans les secours de l'art, lorsque les lombes se présentent à l'orifice de la matrice, à moins que cette région ne s'éloigne comme d'elle-même, au moment de l'ouverture de la poche des eaux, et que les fesses ne viennent se placer à l'entrée du bassin ; comme nous l'avons observé deux fois. Quand ce changement ne s'opère pas spontanément, il faut aller prendre l'enfant par les pieds. Nous nous persuadons que personne n'osera proposer une méthode contraire, d'après les difficultés que nous avons fait entrevoir à ramener la tête à sa situation naturelle, dans le cas où le dos, et même la nuque se présente. Mais quelques Accoucheurs préféreront peut-être, comme nous l'avons entendu recommander, d'amener seulement les fesses au détroit supérieur pour livrer ensuite l'expulsion de l'enfant aux efforts de la mère : cette méthode paroîtra même fondée, si l'on ne fait attention qu'au grand nombre de femmes qui se sont délivrées, pour ainsi dire seules, dans le cas où l'enfant présentoit le siége. Ces mêmes Accoucheurs ne tarderont pas à se départir de leur opinion, pour peu qu'ils réfléchissent, 1°. à combien de douleurs ils exposeroient la femme en se bornant à ramener les fesses de l'enfant à l'entrée du bassin ; 2°. qu'il est plus difficile, dans le cas dont il s'agit, d'amener ces parties et de leur donner une situation favorable, que de saisir les pieds et de les faire descendre ; 3°. que l'accouchement considéré comme naturel est toujours bien plus facile et moins douloureux quand ces derniers se présentent, que lorsque ce sont les fesses, etc. etc. etc. (1).

---

(1) On ne doit pas inférer de ce paragraphe, que nous sommes dans l'opinion qu'il faille aller chercher les pieds de l'enfant toutes les fois qu'il présente les fesses. On a dû remarquer dans le cours de cet ouvrage, quel est notre sentiment à ce sujet.

## SECTION II.

*De la manière d'opérer des Accouchemens où l'enfant présente les lombes.*

1460. La manière d'opérer chacune de ces différentes espèces d'accouchemens, est, à peu de chose près, la même que celle qui a été prescrite pour chaque position du dos.

*De la manière d'opérer, dans la première position des lombes.*

1461. Dans la première espèce, on insinue la main dans un état de supination jusqu'au-dessus du sacrum de la mère, pour saisir les pieds et les entraîner ; pendant que de l'autre main on appuiera plus ou moins sur le ventre de la femme, dans la vue de diminuer l'obliquité antérieure de la matrice. (*Voy.* §. 1442 et suivans.)

*De la manière d'opérer dans la seconde position des lombes.*

1462. Lorsque les lombes se présentent dans la seconde position, si on peut opérer au moment de l'ouverture de la poche des eaux, on repoussera le dos de l'enfant en arrière, en insinuant la main à-peu-près comme dans le premier cas ; afin de rapprocher les pieds qui sont au-dessus du pubis, de l'entrée du bassin, et de les saisir plus facilement. Autrement, si les eaux sont écoulées depuis quelque temps, il faut aller chercher ces mêmes extrémités, en se conduisant comme nous l'avons recommandé pour la seconde position du dos. (*Voyez* §. 1443.).

*De la manière d'opérer dans la troisième et la quatrième positions des lombes.*

1463. Dans la troisième, on ira chercher les pieds en introduisant la main gauche au-dessus de la fosse iliaque droite de la mère ; et dans la quatrième espèce, en insinuant la main droite vers le côté gauche du bassin. Du reste, on opérera comme dans la troisième et la quatrième positions du dos. (*Voyez* §. 1446 et suivans.)

# CHAPITRE VI.

## *Des Accouchemens où l'enfant présente les régions de ses surfaces latérales.*

Accouchemens où l'enfant présente une des régions de ses parties latérales.

1464. TOUT le monde sait que la surface du corps présente deux côtés parfaitement semblables ; le droit et le gauche ; et qu'on y distingue plusieurs régions que nous fixerons au nombre de cinq relativement à notre objet : 1°. le côté de la tête ; 2°. celui du col ; 3°. l'épaule ; 4°. le côté proprement dit, ou la partie latérale de la poitrine ; 5°. la hanche.

1465. Ces cinq régions peuvent se présenter également à l'orifice de la matrice au moment de l'accouchement, quoique les unes le fassent plus rarement que les autres ; et elles offrent des indications différentes relativement à la manière d'opérer. Non-seulement ces indications sont différentes à quelques égards pour chacune de ces régions et leurs diverses positions, mais encore selon que ces mêmes régions appartiennent au côté droit ou au côté gauche du corps. Pour en faire sentir les différences, après avoir exposé ce qui a rapport à l'une des positions de telle ou telle région du côté droit, nous ferons connoître de suite ce qui regarde la même position du côté gauche. Nous ne craindrons pas de nous répéter au besoin, pour développer le mécanisme de ces accouchemens avec plus de clarté.

Cause de ces mauvaises situations.

1466. Ces mauvaises situations de l'enfant dépendent de l'enchaînement de plusieurs causes qu'il seroit difficile de déterminer : l'obliquité de la matrice et la grande quantité d'eau qui entoure quelquefois l'enfant, les favorisent toutes, et paroissent

suffisantes pour donner lieu à plusieurs d'entre elles, indépendamment de toute autre cause.

Diagnostic et pronostic de ces accouchemens.

1467. Le diagnostic de ces accouchemens n'est pas plus difficile à saisir que celui des accouchemens décrits dans le chapitre précédent ; et le pronostic, toutes choses étant égales d'ailleurs, doit en être le même.

## ARTICLE PREMIER.

### *Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente le côté droit ou le côté gauche de la tête.*

### SECTION PREMIÈRE.

#### *De leurs causes, de leurs signes, de leurs différences, et des indications qu'ils nous offrent.*

Des accouchemens où l'enfant présente un des côtés de la tête.

1468. Ces accouchemens peuvent être l'effet des deux causes générales assignées au §. 1466, ou de l'une d'elles seulement : le grand diamètre du corps de l'enfant ne pouvant être parallèle à l'axe du bassin quand la matrice est très-inclinée dans un sens quelconque, ou lorsqu'elle contient une grande quantité d'eau.

Caractères des régions latérales de la tête.

1469. On reconnoît facilement les parties latérales de la tête, sur-tout après l'écoulement des eaux. On rencontre alors une tumeur solide et assez ronde à l'entrée du bassin, sur laquelle l'on ne peut toucher ni la fontanelle antérieure, ni la postérieure. Si l'on y trouve quelque chose de semblable à ces fontanelles, ce sont les espaces membraneux qui se remarquent au bas de la suture lambdoïde et de la coronale. Mais avant tout, l'oreille qui en est le caractère le plus saillant, nous fait assez voir que c'est un des côtés de la tête que parcourt le doigt. Il ne nous reste donc qu'à rechercher si c'est le côté droit ou le côté gauche ; ce qu'il est bien essentiel

de distinguer, pour déterminer la meilleure manière d'opérer.

1470. Pour acquérir cette connoissance, il faut soigneusement observer le rapport de tous les caractères énoncés, à l'égard du bassin ; comme on le voit dans la position suivante, qui servira d'exemple.

*Des positions que peuvent prendre ces régions, à l'égard du bassin de la femme.*

1471. Dans la première position des côtés de la tête, qui n'est pas, à beaucoup près la plus ordinaire des quatre dont nous allons parler, le sommet est au-dessus du rebord des os pubis, contre la partie antérieure de la matrice, et la base du crâne vers le sacrum ; mais de manière que la face regarde la fosse iliaque gauche lorsque c'est le côté droit de la tête qui se présente, et la fosse iliaque droite quand c'est le côté gauche : ce qui se reconnoît par la situation du bord postérieur de l'oreille, celle de l'angle de la mâchoire inférieure, ou de tout autre caractère, à l'égard du bassin. Vous serez en droit d'assurer que c'est le côté droit de la tête qui se présente dans cette première position, si vous trouvez le bord postérieur de l'oreille vers le côté droit du bassin, etc.

1472. Dans la seconde position, qui est la plus fréquente, le sommet de la tête est situé transversalement sur l'union du sacrum avec la colonne vertébrale, et la base de la mâchoire inférieure, ou le col, sur le pubis : la face regarde la fosse iliaque droite, quand c'est le côté droit de la tête qui se présente, et la fosse ilique gauche, quand c'est le gauche.

1473. Dans la troisième position, le sommet de la tête répond au bas de la fosse iliaque gauche, et la base de la mâchoire inférieure à la fosse iliaque droite ; de manière que la face est couchée transversalement sur la symphyse sacro-vertébrale, lorsque c'est le côté droit de la tête, et sous la partie antérieure de la matrice, quand c'est le côté gauche.

1474. Dans la quatrième position, le sommet de

la tête répond à la fosse iliaque droite, et la base du crâne à la fosse iliaque gauche; de sorte que la face est située sous la partie antérieure de la matrice, au-dessus des os pubis quand c'est le côté droit de la tête, et sur la symphyse sacro-vertébrale lorsque c'est le côté gauche.

1475. On observera que la tête ne peut offrir un de ses côtés à l'orifice de la matrice, qu'elle ne soit renversée sur l'épaule opposée. Elle le sera donc sur l'épaule gauche toutes les fois qu'elle offrira sa partie latérale droite, et sur l'épaule droite quand elle présentera son côté gauche. Cette observation fait déjà connoître ce qu'il convient de faire, dans tous les cas, pour rétablir la nature dans ses droits, et la mettre à même d'opérer l'accouchement.

1476. Les accouchemens dans lesquels l'enfant présente un des côtés de la tête, nous offrent diverses indications, selon les circonstances qui compliquent cette mauvaise position. Tantôt elles consistent à ramener la tête à sa situation naturelle, pour abandonner l'expulsion de l'enfant aux forces de la mère; et tantôt à le retourner, pour l'extraire par les pieds.

*Indications que nous présentent toutes ces positions.*

## SECTION II.

*De la manière d'opérer les Accouchemens de la première et de la seconde espèces, où l'enfant présente un des côtés de la tête.*

1477. La première de ces espèces d'accouchemens offriroit l'un de ces cas où il conviendroit de faire placer la femme sur ses coudes et sur ses genoux, la face tournée en en-bas, si l'on pouvoit en espérer quelques avantages; parce que cette position paroît la plus propre à forcer la tête de reprendre sa situation naturelle: mais elle est si incommode, que la femme ne sauroit la garder qu'un instant, et que

*Première espèce d'accouchement où l'enfant présente un des côtés de la tête.*

nous ne devons jamais la lui prescrire. Il vaut mieux la tenir couchée sur le dos, et introduire une main à l'entrée de la matrice pour écarter la base du crâne de l'enfant de la saillie du sacrum ; pendant que de l'autre main on exercera une pression plus ou moins forte sur la région hypogastrique, dans la vue d'obliger le sommet de la tête qui y répond, à descendre vers le milieu du détroit supérieur. Si l'on ne pouvoit parvenir à ce premier but qui est de ramener la tête à sa situation naturelle, il faudroit retourner l'enfant et l'amener par les pieds ; ainsi qu'on doit le faire toutes les fois que le travail est compliqué de quelques-unes de ces circonstances accidentelles dont on a déjà parlé plusieurs fois.

*De la manière de retourner l'enfant dans la première position du côté droit de la tête.*

1478. Pour retourner l'enfant, lorsque c'est le côté droit de la tête qui se présente, on introduira la main droite dans la matrice, en montant vers la fosse iliaque gauche, où répond la face ; afin d'écarter la tête de ce côté, et de la pousser sur la fosse iliaque droite : ensuite on ira prendre les pieds ; et l'on terminera l'accouchement, comme dans la seconde espèce, où le vertex se présente.

*De la manière de retourner l'enfant dans la première position du côté gauche de la tête.*

1479. Lorsque c'est le côté gauche de la tête qui se trouve placé sur l'orifice de la matrice, dans la position indiquée, l'on doit opérer de la main gauche. On l'introduira vers la fosse iliaque droite où répond la face, pour diriger la tête sur la fosse iliaque gauche, et aller prendre les pieds comme dans la première position du vertex.

*Seconde espèce d'accouchement où les côtés de la tête se présentent.*

1480. Nous avons déjà fait remarquer que la position de la tête qui constituoit la seconde espèce des accouchemens dont il s'agit, étoit la plus ordinaire des quatre qui viennent d'être indiquées. Elle ne peut avoir lieu que la matrice ne soit très-inclinée en devant ; et l'expérience nous a démontré plusieurs fois, qu'il suffisoit de diminuer cette obliquité dans la plupart des cas, en faisant coucher la femme sur le dos et le plus horizontalement possible, pour rap-

peler la tête à sa situation naturelle. Si cette précaution devenoit infructueuse, il faudroit opérer le déplacement de la tête, en introduisant une main dans la matrice jusqu'au-dessus de la base du sacrum, pour accrocher, en quelque sorte, le vertex qui y répond et l'entraîner au centre de l'entrée du bassin.

1481. Quand des circonstances particulières ne nous permettent pas de confier l'accouchement aux soins de la nature, et demandent qu'on l'opère sur le champ, on retourne l'enfant et on l'amène par les pieds. Si c'est le côté droit de la tête qui se présente alors, on se sert de la main gauche qu'on introduit au-dessus du vertex, pour redresser la tête comme il vient d'être dit; pendant qu'on exerce de l'autre main une pression plus ou moins forte sur le ventre de la femme, dans la vue de diminuer l'obliquité antérieure de la matrice. Après cela on va chercher les pieds de la même manière que si le sommet de la tête se fût présenté dans la première position.

*De la manière de retourner l'enfant dans la seconde position du côté droit de la tête.*

1482. Lorsque c'est le côté gauche de la tête qui se trouve à l'orifice de la matrice, on opère de la main droite. On commence encore par ramener le vertex au détroit supérieur; et on pousse la tête sur la fosse iliaque droite, pour continuer d'aller prendre les pieds de l'enfant comme dans la seconde position du vertex même.

*De la manière de retourner l'enfant dans la seconde position du coté gauche de la tête.*

## SECTION III.

### *De la manière d'opérer les Accouchemens de la troisième et quatrième espèces, où l'enfant présente un des côtés de la tête.*

1483. L'on ne peut se rappeler la position de la tête qui constitue la troisième espèce de ces accouchemens, sans être prévenu qu'il est plus difficile de

*Troisième espèce d'accouchement où l'enfant*

*présente un des côtés de la tête.*

la ramener à sa situation naturelle, que dans le cas précédent. Pour y parvenir lorsque c'est le côté droit qui se présente, on éloignera la face de l'enfant de la base du sacrum, en avançant la main droite dans le col de la matrice, pendant qu'on fera de l'autre main une pression assez forte sur la région hypogastrique de la femme, pour obliger l'occiput qui y répond à descendre vers le milieu du bassin ; et l'on recommandera à la femme de se coucher un peu sur le côté gauche pour y incliner légèrement le fond de la matrice.

1484. On doit se conduire de même, à certains égards, dans la troisième position du côté gauche de la tête, si on veut la ramener à sa situation naturelle. Mais on portera la main sous l'occiput même qui est appuyé sur la base du sacrum, pour l'entraîner convenablement à l'entrée du bassin ; ce qui donne plus de facilité que dans le cas précédent.

*De la manière de retourner l'enfant dans la troisième position du côté droit de la tête.*

1485. Quand les circonstances exigent qu'on retourne l'enfant et qu'on l'amène par les pieds, il faut se servir de la main droite, si c'est le côté droit de la tête qui se présente. On l'introduit selon la direction du sacrum et au-dessous de la face de l'enfant; on soulève la tête, en la portant en-devant et en même temps vers la fosse iliaque droite ; puis on va prendre les pieds comme dans la seconde position du vertex : en se conduisant dans ce moment, ainsi que dans la suite, de la manière indiquée à l'occasion de cette position.

*De la manière de retourner l'enfant dans la troisième position du côté gauche de la tête.*

1486. L'on opère encore de la main droite dans la troisième position du côté gauche de la tête. On l'insinue sous l'occiput qui est appuyé contre la base du sacrum, et l'on se comporte d'abord comme si l'on n'avoit que l'intention de ramener le vertex à sa situation naturelle. Mais en ramenant la tête ainsi, on la porte sur le devant de la fosse iliaque droite, pour aller ensuite prendre les pieds de la même manière que dans le cas précédent. Après les

avoir dégagés jusqu'à l'entrée du vagin, on observera de tirer un peu plus sur le pied gauche, pendant quelques instans, afin de favoriser les mouvemens du tronc nécessaires à la descente des fesses. Du reste on se conduit à l'ordinaire.

1487. On pourroit opérer également de la main gauche dans cette troisième position du côté gauche de la tête ; mais il faudroit l'insinuer vers la fosse iliaque droite de la mère et pousser la tête vers l'autre, pour aller saisir les pieds, en parcourant le côté gauche de l'enfant. Si l'on préféroit cette méthode, plus difficile que celle qui fait le sujet du §. précédent, il faudroit aussi tirer presque uniquement sur le pied droit, après avoir amené l'un et l'autre dans le vagin, pour remplir les vues qu'on s'est proposées ci-cidevant, en prescrivant d'agir sur le pied gauche.

*Manière d'opérer dans la quatrième position du côté droit de la tête.*

1488. Lorsque le côté droit de la tête se présente dans la quatrième position, on peut la ramener sans beaucoup de peine à sa situation naturelle, en introduisant une main sous l'occiput qui est appuyé contre la base du sacrum, et en l'entraînant au détroit supérieur ; pendant qu'on inclinera un peu le fond de la matrice vers le côté droit. Quand il est nécessaire de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds, on est libre de se servir de la main droite, ou de la main gauche. Si l'on préfère la première, il faut l'introduire en la dirigeant vers la fosse iliaque gauche de la mère, pour aller prendre les pieds en suivant le côté droit de l'enfant : et lorsqu'on les aura dégagés jusqu'à l'entrée du vagin, l'on observera de tirer presque uniquement sur le pied gauche, pour faciliter la conversion du tronc, et la descente des fesses, dans une direction convenable. Du reste on opère l'accouchement à l'ordinaire.

1489. Lorsqu'on se sert de la main gauche, il faut l'insinuer sous l'occiput qui est appuyé contre la base du sacrum, pour l'entraîner au détroit supé-

rieur, comme si l'on ne vouloit que ramener la tête à sa situation naturelle ; et l'ayant ramenée ainsi, on l'écarte de l'entrée du bassin, en la poussant sur le devant de la fosse iliaque gauche, pour aller prendre les pieds en suivant le côté gauche de l'enfant. Aussi-tôt qu'on les a dégagés de la matrice, on tire uniquement sur le pied droit, pour courber le tronc plus facilement sur sa partie antérieure, et favoriser la descente des fesses ; mais dans la suite on agit également sur les deux, et l'on se conduit comme dans le cas précédent.

*De la manière d'opérer dans la quatrième position du côté gauche de la tête.*

1490. Pour ramener la tête à sa situation naturelle, lorsque sa partie latérale gauche se présente dans la quatrième position, l'on introduit une main à l'entrée de la matrice et en arrière, pour soulever la face qui répond à la base du sacrum ; pendant qu'on appuie, ou qu'on presse un peu de l'autre main sur la région hypogastrique de la femme, dans la vue d'obliger l'occiput qui est au-dessous, à se rapprocher du détroit supérieur. Parvenu au but qu'on se propose, on fera pencher la femme sur le côté droit, pour rappeler l'axe de la matrice inclinée vers le côté gauche, parallèlement à celui du bassin ; et l'on abandonnera l'accouchement aux efforts de la nature.

1491. Lorsqu'on ne peut ramener la tête à sa situation naturelle, ou que des circonstances accidentelles exigent qu'on opère l'accouchement, il faut retourner l'enfant et l'extraire par les pieds. On introduit alors la main gauche dans un état de supination, vers la partie postérieure de la matrice. On écarte la face, en chemin faisant, de la base du sacrum sur laquelle elle est transversalement appuyée, et l'on porte la tete en même temps sur le devant de la fosse iliaque gauche. Puis on va saisir les pieds en suivant le côté gauche de l'enfant, pour achever l'accouchement selon les règles prescrites à l'égard des autres positions.

## ARTICLE II.

*Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente un des côtés du col.*

### SECTION PREMIÈRE.

*Des causes, des signes, et des différences de ces Accouchemens.*

1492. Les accouchemens dans lesquels l'enfant présente un des côtés du col sont moins fréquens que les précédens, quoiqu'ils paroissent dépendre des mêmes causes : ce qu'il faut attribuer sans doute à la forme particulière des régions qui se présentent alors. Accouchemens où l'enfant présente un des côtés du col.

1493. Il est impossible de reconnoître les parties latérales du col et de juger de leur situation particulière relativement au bassin de la mère, avant l'ouverture de la poche des eaux ; et ce n'est encore qu'en introduisant alors toute la main dans le vagin qu'on peut y parvenir : mais l'on ne doit se permettre de pareilles recherches qu'au moment d'opérer l'accouchement, c'est-à-dire, qu'autant que les parties de la femme y sont bien préparées et que le travail est dans toute sa force.

1494. Cette région n'offre en elle-même aucune marque sensible au toucher, qui puisse la faire distinguer des autres. Ce n'est que par le haut de l'épaule, la clavicule, l'angle de la mâchoire inférieure et le bas de l'oreille, qui la circonscrivent de toutes parts, qu'on peut la reconnoître : elle ne se présente jamais à l'orifice de la matrice, que la plupart de ces caractères ne soient très-près du cercle de celui-ci. Caractères des parties latérales du col.

1495. Dans la première position de l'un ou de l'autre côté du col, l'oreille et l'angle de la mâ- Des positions dans lesquelles

Les régions peuvent se présenter.

choire inférieure sont appuyés sur le rebord des os pubis, et l'épaule est sur la base du sacrum. La face regarde le côté gauche de la mère, quand c'est le côté droit du col qui se présente ainsi, et *vice versâ*.

1496. Dans la seconde position, l'angle de la mâchoire inférieure et l'oreille sont situés contre la base du sacrum, et l'épaule se trouve sur le pubis; mais de manière que la face répond à la fosse iliaque droite, lorsque c'est le côté droit du col qui se présente, et à la fosse iliaque gauche, quand c'est le côté gauche.

1497. L'enfant est placé transversalement sur le bassin dans les deux autres positions. Dans la troisième, le côté de la tête se trouve appuyé sur la fosse iliaque gauche, et l'épaule sur l'autre. La face répond à la symphyse sacro-vertébrale, lorsque c'est le côté droit du col qui se présente, et à la partie antérieure de la matrice, au-dessus des os pubis, quand c'est le côté gauche.

1498. Dans la quatrième position, le côté de la tête est appuyé sur la fosse iliaque droite, et l'épaule est sur la gauche; la face se trouvant placée transversalement au-dessus des os pubis, lorsque c'est le côté droit du col qui se présente, et sur la symphyse sacro-vertébrale, quand c'est le côté gauche.

## SECTION II.

### *Des indications que nous offrent ces diverses espèces d'Accouchemens, et de la manière de les opérer.*

Des indications que nous présentent ces différentes espèces d'accouchemens.

1499. L'on ne doit rien espérer des forces de la mère, lorsqu'une des parties latérales du col de l'enfant se présente à l'orifice de la matrice; si ce n'est après qu'on a ramené la tête ou les pieds à leur situation naturelle. Mais il est toujours si difficile alors



de satisfaire à la première de ces indications, que nous conseillons de ne jamais le tenter, et d'aller prendre les pieds dans tous les cas.

1500. La manière d'opérer est absolument la même que dans les différentes espèces d'accouchemens où l'un des côtés de la tête se présente. Il faut se conduire à cet effet, dans chaque position de la partie latérale droite du col, comme dans celle du côté droit de la tête, désignée sous le même nom numérique, et prendre pour règle, dans les différentes situations du côté gauche, ce que nous avons dit à l'occasion de celles de la partie latérale gauche de la tête. De la manière d'opérer ces accouchemens.

## ARTICLE III.

*Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente l'une ou l'autre épaule.*

### SECTION PREMIERE.

*Des causes, des signes, et différences de ces Accouchemens, ainsi que des indications qu'ils offrent.*

1501. Quoique ces accouchemens paroissent dépendre des mêmes causes que les précédens, ils sont néanmoins bien plus fréquens; ce qui vient sans doute de ce que l'épaule étant saillante et arrondie, s'accommode beaucoup mieux à la forme de l'entrée du bassin, que ne peut le faire le côté du col. Des accouchemens où l'enfant présente l'une des épaules.

1502. Il est assez facile de reconnoître l'épaule au moyen du toucher, par rapport aux clavicules, aux angles de l'omoplate, aux bras et aux côtes. La sortie de la main de l'enfant dénote presque toujours la présence de l'épaule à l'orifice de la matrice, et peut aussi nous faire connoître de quelle Caractères que présente l'épaule au toucher.

manière elle est située, et si c'est l'épaule droite ou l'épaule gauche (1).

Des positions que peuvent prendre les épaules de l'enfant, à l'égard du détroit supérieur.

1503. Les épaules peuvent se présenter en différentes positions à l'orifice de la matrice. Dans la première, la partie latérale du col est appuyée sur le rebord des os pubis, et le côté proprement dit, est au-dessus du sacrum; de manière que la poitrine regarde la fosse iliaque gauche quand c'est l'épaule droite qui se présente, et la fosse iliaque droite lorsque c'est l'épaule gauche.

1504. Dans la seconde position, la partie latérale du col est sur le bord supérieur du sacrum, et le côté se trouve au-dessus du pubis; la poitrine répondant à la fosse iliaque droite, lorsque c'est l'épaule droite qui se présente, et *vice versâ*.

1505. Dans la troisième, le col et la tête sont appuyés sur la fosse iliaque gauche, tandis que le côté et la hanche sont sur la droite; de manière que le dos est placé transversalement sous la partie antérieure de la matrice, lorsque c'est l'épaule droite, et sur la partie postérieure de ce viscère, quand c'est l'épaule gauche.

1506. L'enfant est placé également en travers dans la quatrième position des épaules; mais de sorte que la tête se trouve sur la fosse iliaque droite, et le bas du tronc sur la gauche; que la poitrine est située sous la partie antérieure de la matrice, dans la quatrième position de l'epaule droite, et au-dessus du sacrum dans celle de l'épaule gauche.

Indications que nous offrent les différentes positions des épaules.

1507. L'indication que nous offrent ces accouchemens, est facile à saisir: elle consiste à extraire l'enfant par les pieds. On seroit peu fondé, dans tous ces cas, à vouloir ramener la tête à sa situation naturelle.

(1) La sortie de la main de l'enfant, dans tous ces cas, n'est qu'un accident dont nous parlerons dans la suite de cet article.

SECTION

## SECTION II.

*De la manière d'opérer les diverses espèces d'Accouchemens où l'enfant présente l'épaule.*

1508. Il n'est pas indifférent d'introduire l'une ou l'autre main dans le sein de la femme pour aller prendre les pieds de l'enfant, quand il présente l'une des épaules dans la première des quatre positions assignées ci-dessus; sur-tout lorsqu'il y a déjà quelque temps que les eaux de l'amnios se sont évacuées. La main droite convient exclusivement quand c'est l'épaule droite; et la main gauche, lorsque c'est l'épaule gauche. Dans le premier cas, on l'insinue le long de la partie postérieure et latérale gauche de la matrice, en écartant l'épaule de l'entrée du bassin, et en la poussant autant qu'on le peut sur la fosse iliaque droite, pour parvenir aux pieds et les entraîner successivement dans le vagin. Si l'on éprouve quelque difficulté à les dégager entièrement après les avoir amenés à ce point, il faut avoir la précaution d'éloigner encore l'épaule du détroit supérieur; comme nous avons prescrit plusieurs fois d'en écarter la tête.*

**De la première espèce d'accouchement où l'enfant présente l'épaule droite.**

1509. Lorsque c'est l'épaule gauche qui se présente, l'on introduit la main gauche en suivant la partie postérieure et latérale droite de la matrice, pour retourner l'enfant. On écarte d'abord l'épaule de l'entrée du bassin, en la poussant vers la fosse iliaque gauche, et l'on opère du reste en prenant les mêmes précautions que dans le cas précédant.

**De la première espèce d'accouchement où l'épaule gauche se présente.**

1510. Dans la seconde espèce d'accouchement où l'épaule droite se présente, il faut introduire la main gauche en suivant la partie latérale droite de la matrice, si l'on veut parvenir aux pieds et retourner l'enfant convenablement. On écarte l'épaule, en chemin faisant, de l'entrée du bassin; puis la tête

**De l'accouchement de la seconde espèce où l'épaule droite se présente.**

qui en est un peu plus loin ; et on les dirige vers la fosse iliaque gauche, pendant qu'on incline légèrement le fond de la matrice du côté droit, en pressant extérieurement sur le ventre de la femme. Quand on est parvenu aux pieds, on les entraîne successivement ; et si l'on éprouve quelque difficulté à les dégager complétement, on éloigne encore l'épaule du détroit supérieur. Du reste, l'on se conduit à l'ordinaire.

De la seconde espèce d'accouchement où l'épaule gauche se présente.

1511. On opère selon les mêmes principes dans la seconde position de l'épaule gauche : mais c'est avec la main droite qu'il faut aller chercher les pieds. On l'introduit vers le côté gauche de la matrice ; et, en passant, on écarte l'épaule, ainsi que la tête, du détroit supérieur, en les dirigeant sur la fosse iliaque droite, tandis qu'on incline le fond de la matrice de l'autre côté, par une pression convenable sur le ventre de la femme, au moyen de l'autre main. Après cela, on dégage les pieds avec les précautions ordinaires, et l'on continue d'opérer comme dans les cas précédens.

De l'accouchement de la troisième espèce où l'épaule droite se présente.

1512. Lorsque l'épaule droite se présente dans la troisième position indiquée au §. 1505, il faut introduire la main droite en suivant la partie postérieure de la matrice, et en passant au-dessous de la poitrine de l'enfant, qu'on écarte de la colonne lombaire de la femme, en la portant au-dessus des os pubis, jusqu'à ce que l'épaule soit entièrement dégagée du détroit supérieur, ensuite l'on va chercher les pieds en dirigeant les doigts vers le côté droit de la mère, et sur celui de l'enfant. Lorsque ces extrémités sont descendues à l'entrée du vagin, on doit tirer presque uniquement sur le pied gauche pendant un instant, en le tenant de plusieurs doigts seulement ; tandis que des autres on repoussera l'épaule de plus en plus au-dessus des os pubis ; afin de favoriser le mouvement de flexion et de rotation que le tronc doit exécuter pour que les fesses s'engagent plus li-

brement. Après cet instant, on agira également sur les deux pieds, et l'on continuera d'extraire l'enfant, comme si ces mêmes extrémités se fussent présentées naturellement.

De la manière d'opérer l'accouchement de la troisième espece où l'épaule gauche se presente.

1513. Lorsque c'est l'épaule gauche qui se présente, si on veut parvenir plus facilement aux pieds de l'enfant et les dégager de la manière la plus favorable, il faut introduire la main gauche à-peu-près dans un état moyen entre la pronation et la supination, en suivant le côté gauche de l'enfant, ainsi que la partie latérale droite et antérieure de la matrice, jusqu'à ce que les doigts rencontrent ces extrémités. On dégage alors les pieds successivement, et en commençant par celui du côté que la main a parcouru, mais en observant de les faire passer l'un et l'autre sur la poitrine de l'enfant. On tire ensuite presque uniquement sur le pied droit, pendant qu'on repousse, du bout de quelques doigts, l'épaule qui se présentoit, jusqu'au-dessus de la saillie du sacrum. Après cela, on agit également sur les deux pieds avec les précautions ordinaires.

De la quatrième espèce d'accouchement où l'epaule droite se présente.

1514. La manière d'opérer l'accouchement ne devient pas plus indifférente dans la quatrième position de l'une et de l'autre épaules, que dans celle que nous venons de décrire. Quand c'est l'épaule droite qui se présente, il faut introduire la main droite en suivant la partie latérale gauche et antérieure de ce viscère, en la recourbant conséquemment un peu au-dessus du pubis, jusqu'à ce que les doigts puissent accrocher les pieds, pour les dégager successivement. On observera de commencer par le pied droit, et de le faire passer sur la poitrine de l'enfant et derrière le pubis de la mère. Aussi-tôt que l'un et l'autre seront parvenus dans le vagin, on tirera uniquement sur le pied gauche, pendant qu'on repoussera l'épaule en arrière et en haut, au moyen de quelques doigts, ainsi qu'on le remarque au § 1513; sur-tout si l'on éprouve quelque difficulté à faire

descendre ce pied au-delà. Ensuite, on agit également sur ces extrémités jusqu'à ce que les fesses soient dégagées, et l'on continue d'opérer comme dans les autres cas.

De l'accouchement de la quatrième espèce où l'épaule gauche se présente.

1515. Lorsque c'est l'épaule gauche qui se présente dans la quatrième position, il faut insinuer la main gauche dans la matrice en la portant dans un état de supination au-dessous de la poitrine de l'enfant. On dégage cette épaule, en la soulevant au-dessus du rebord des os pubis ; ensuite on dirige les doigts vers le côté droit de la femme, et en suivant le côté gauche de l'enfant, jusqu'à la hanche, la cuisse et le pied. Après avoir amené celui-ci dans le vagin, on réintroduit la main pour prendre le second pied, sur lequel il faut tirer presque uniquement aussi-tôt qu'il sera descendu au même point que le premier, afin de remplir plus facilement les vues qu'on se propose. On reprend après cela l'autre pied, on les fait descendre en même temps, et l'on continue d'extraire l'enfant selon les préceptes donnés.

## SECTION III.

### *Des Accouchemens où la main de l'enfant se présente la première.*

Des accouchemens où la main de l'enfant se présente.

1516. Nous avons cru devoir rapporter à cet article plutôt qu'à tout autre, les accouchemens où l'une des mains de l'enfant s'offre la première à nos recherches, quoiqu'elle puisse se présenter en d'autres circonstances que celles où l'épaule se trouve placée sur l'entrée du bassin ; parce qu'il est rare que la main seule s'engage et s'échappe du sein de la femme, dans ces derniers cas ; ce qui arrive au contraire assez souvent dans les diverses espèces d'accouchemens qui font le sujet des deux Sections précédentes.



1517. Si l'on ne consulte que le langage des Auteurs, comme le font les jeunes Praticiens à qui celui de l'expérience est encore inconnu, on sera tenté de regarder les accouchemens où l'enfant présente la main, comme les plus difficiles qu'on puisse rencontrer. Mais lorsqu'on se sera frayé une route à la vérité, le mépris de tant de préceptes non moins inutiles qu'alarmans pour l'humanité, succédera à la crainte qu'ils auront inspirée, et l'on ne verra dans ces mêmes accouchemens que des cas ordinaires: abstraction faite de tout ce qui est étranger à leur nature, et qu'on ne sauroit imputer qu'à l'ignorance des personnes qui se livrent à la profession d'accoucher sans en avoir bien étudié les principes.

1518. Parmi les préceptes qui nous ont été transmis à l'occasion de ces accouchemens, il en est de contraires aux vrais principes de l'art, et d'autres, aux sentimens d'humanité dont tous les hommes doivent être pénétrés. Rien ne sauroit excuser l'espèce de cruauté qu'on a souvent exercée envers les enfans dont le bras s'engage le premier; surtout celle qu'on n'exerce que trop fréquemment encore de nos jours.

1519. Pour répandre plus de clarté sur ce qui concerne ces accouchemens, nous distinguerons les différentes circonstances où la main de l'enfant peut se présenter; parce qu'on ne doit pas agir de la même manière dans tous ces cas.

1520. La main se présente assez souvent à l'orifice de la matrice avant l'ouverture de la poche des eaux; d'autres fois elle n'y paroît et ne s'y engage que long-temps après l'écoulement de ce fluide. Presque toujours, dans ces diverses circonstances, la main accompagne la tête et ne sauroit avancer au-dehors que celle-ci ne s'engage dans le bassin: quelquefois elle paroît en même temps que les fesses, ou toute autre région de la surface de l'enfant. Si elle dénote plus souvent la présence de l'épaule sur l'orifice

Des cas où la main se présente.

de la matrice, quand elle s'est engagée fort avant, c'est que l'épaule se présente plus souvent que la plupart des autres régions; la tête, les fesses et les pieds en étant exceptés.

1521. Il est bien rare que la présence de la main de l'enfant s'oppose à l'accouchement, quand elle accompagne la tête, les fesses ou les pieds à l'orifice de la matrice, si le bassin de la femme jouit d'une bonne conformation; parce qu'il y a plus de largeur alors qu'il n'en faut pour le passage d'une tête de volume ordinaire, au terme de naissance. S'il ne peut en résulter que de foibles obstacles, chez presque toutes les femmes, dans le cas même où elle s'engage avec la tête et continue de la précéder dans les progrès du travail, ces obstacles ne sauroient avoir lieu toutes les fois qu'elle se présente avant l'ouverture de la poche des eaux, ou à l'instant même que cette poche s'ouvre; parce que le plus souvent cette main se retire comme d'elle-même, et la tête seule s'engage : il est plus facile d'expliquer cet effet, que de comprendre comment, en pareil cas, il n'arrive pas toujours.

1522. Quoique la présence de la main de l'enfant ne puisse opposer généralement que de foibles obstacles à la descente et à la sortie de la tête, il convient cependant de les prévenir; et il vaut mieux la repousser que de la laisser descendre, quand on la découvre de bonne heure. L'expérience nous a souvent démontré, même en présence de nos élèves, qu'il suffisoit, pour faire disparoître la main de l'enfant, de la soutenir de l'extrémité d'un doigt en la pressant contre la tête et en la dirigeant vers la face, pendant que la tête même s'engageoit dans le détroit supérieur. On ne la repousse pas, mais on l'empêche de descendre, jusqu'à ce que la tête ait pris le dessous; après quoi elle remonte d'elle-même. On ne doit plus chercher à la faire remonter ainsi lorsque la tête occupe le fond du bassin; il faut se

contenter alors de détourner le bras des côtés de cette cavité, et de le conduire vers l'une des échancrures ischiatiques, s'il s'oppose visiblement à l'accouchement.

1523. Ce n'est que dans le cas où le bassin est défectueux, dans celui où il est médiocrement resserré, que la sortie de la main de l'enfant peut mettre de grands obstacles à celle de la tête qui se présente en même temps. Alors il est de première nécessité de repousser la main au-dessus de la tête, si le moment le permet encore, c'est-à-dire, si la tête n'est pas trop engagée et trop serrée; car, dans le cas contraire, il est quelquefois plus à propos d'opérer l'accouchement avec le forceps (1).

---

(1) On trouve quelques exemples de l'application du crochet en pareil cas, et un seul de l'application du forceps, après la perforation du crâne et l'évacuation du cerveau. Les deux observations suivantes tendent à démontrer que la présence du bras ne s'oppose pas à l'usage de ce dernier instrument, et que son utilité n'est pas moins évidente alors qu'en bien d'autres circonstances.

Le 29 janvier 1776, je fus appelé pour une femme d'une petite stature, dont le bassin avoit au plus trois pouces et un quart de petit diamètre dans son entrée. Elle étoit à terme de son premier enfant, et en travail depuis vingt heures; les eaux s'étoient évacuées depuis dix-huit, et les douleurs se soutenoient avec force. La tête de l'enfant se présentoit bien, l'occiput étant tourné vers la cavité cotyloïde gauche; mais elle étoit à peine engagée, quoique la grande tuméfaction du cuir chevelu la fît paroître fort avancée. L'avant-bras placé entre le côté droit et le pubis, la déprimoit profondément en forme de gouttière, et se trouvoit lui-même tellement étranglé que la main en étoit singulièrement tuméfiée et livide. Livrée depuis long-temps aux efforts pénibles de l'accouchement, la femme avoit le pouls vif et dur, le visage enflammé, la respiration gênée, le ventre tendu et douloureux. Après l'avoir fait saigner une seconde fois, l'ayant été trois heures auparavant, j'essayai de repousser la main de l'enfant; mais ne pouvant y parvenir, et présumant bien que ce ne seroit pas sans de grandes difficultés que la femme accoucheroit d'ailleurs quand je parviendrois à la repousser, à cause de l'étroitesse du détroit supérieur et du mauvais état des forces déjà épuisées, et voyant en outre trop de danger à retourner l'enfant, et à l'amener par les pieds, j'appliquai le forceps. Je le conduisis comme je le prescris pour la position de la tête qui avoit lieu, en plongeant ses branches à la profondeur au moins de sept pouces, pour saisir

1524. Il arrive très-rarement que les deux mains se présentent avec la tête, et plus rarement encore qu'on soit obligé de repousser celle-ci et de retourner l'enfant, à l'occasion de cette légère complication, tant il est facile d'y remédier. L'on ne doit suivre ce parti, souvent dangereux, quoique dicté de nos jours par un Accoucheur d'un certain ordre (1), qu'autant que la présence du bras a détourné la tête de l'axe du bassin et lui a fait prendre une mauvaise position; encore faut-il, pour y être autorisé, qu'on ne puisse la rétablir dans sa position naturelle après avoir fait rentrer la main dans la matrice.

**Opinion d'un Accoucheur des plus modernes sur ce cas.**

1525. La présence de la main ou du bras sur l'orifice de la matrice, quelle qu'en soit la direction, ne prescrit aucune indication particulière avant l'ou-

---

cette tête convenablement, et après l'avoir repoussée un peu au-dessus du detroit, dans la vue de leur frayer un chemin plus facile, et j'amenai l'enfant vivant. Il parut un peu fatigué, mais il se ranima tellement au moyen des soins que je lui donnai, qu'il ne le cédoit en force à aucun autre une heure après sa naissance. M. Legrand, D. M. professeur d'accouchemens à Amiens, alors à Paris, fut témoin de cet accouchement.

Mon frère en opéra un autre le 25 juin 1785, en présence de deux médecins et chirurgiens étrangers, correspondans de l'académie de chirurgie de Paris, MM. Audiberty et Assaliny qui suivoient alors mes leçons. La main de l'enfant étoit au-dehors depuis plus de cinq heures; elle étoit sortie jusqu'au coude, tuméfiée, livide et froide, ainsi que tout l'avant-bras qui descendoit vers le côté droit du bassin et un peu derrière le pubis. La tête, volumineuse et solide, occupoit le fond du bassin; elle avoit franchi le col de la matrice, et portoit au sommet une tumeur qui déroboit les sutures et les fontanelles à toutes espèces de recherches, et empêchoit d'en reconnoître la véritable situation. La femme étoit foible, et avoit le pouls extrêmement petit: les grandes lèvres tuméfiées et enflammées étoient garnies de phlictaines. D'un côté, la femme étoit menacée de succomber avant l'accouchement, si on ne l'opéroit; de l'autre côté, la vie de l'enfant n'étoit pas mieux assurée, et l'on ne pouvoit repousser sa tête pour l'amener par les pieds. Mon frère préféra le forceps, et conserva, par son moyen, les deux individus. Quatre jours suffirent pour dissiper la tuméfaction de l'avant-bras, de la main et de la tête de l'enfant, et le cinquième, la femme put rester levée.

(1) M. *Deleurie*, édit. nouvelle, §. 749 et suiv.

verture de la poche des eaux ; et l'on ne doit avoir égard, après ce moment, qu'à la région principale que l'enfant présente, et à sa position, pour se déterminer sur la manière d'opérer. Un auteur des plus modernes, craignant que la main ou le coude de l'enfant ne s'engageât dans le vagin, si les membranes venoient à s'ouvrir spontanément, a publié qu'il falloit, avant ce moment, *introduire une main dans la matrice, du côté opposé à celui où se trouve la tête, aller percer les membranes vers le fond, saisir un pied ou les pieds, et les amener dans le vagin* (1). Nous n'entrevoyons pas trop quels seroient les avantages de ce procédé, déjà recommandé par *Peu* et *Smellie* en d'autres cas et avec des restrictions bien essentielles ; ses inconvéniens se découvrent plus facilement, et quels que soient les premiers, ils ne les compenseront jamais.

1526. Il est bon, sans doute, d'empêcher que la main ou le coude de l'enfant ne s'engage dans le vagin au moment de l'ouverture de la poche des eaux, et sur-tout si l'enfant est mal situé ; mais il suffit, pour se procurer cet avantage, d'ouvrir les membranes sur l'orifice même de la matrice, ou d'opérer au moment de leur rupture spontanée, si elle se fait à temps : il n'est jamais nécessaire d'introduire la main derrière ces membranes pour les aller déchirer vers le fond de la matrice dans l'endroit le plus éloigné de l'orifice.

Des cas où la main de l'enfant est dehors.

1527. Nous ne sommes pas toujours appelés assez de bonne heure, il est vrai, pour opérer dans ce moment d'élection ; et souvent à l'instant où nous voyons la femme pour la première fois, la main de l'enfant est au-dehors, ou bien le bras se trouve fléchi dans le vagin, de sorte que c'est le coude qui se présente ; souvent aussi cette extrémité est tuméfiée

(1) M. *Deleurie*, édit. nouvelle, §. 740.

et livide, et l'on a déjà fait beaucoup d'efforts, soit pour la rentrer dans la matrice, soit pour extraire l'enfant. C'est en de pareilles circonstances que les personnes chargées du soin de terminer l'accouchement se sont conduites différemment, selon l'idée qu'elles s'étoient faite du genre de difficultés qui s'y opposent, ou les principes qu'elles avoient adoptés.

*Diverses méthodes d'opérer, proposées et mises en usage dans le cas où la main de l'enfant est dehors.*

1528. Les unes se sont persuadées qu'elles pourroient extraire l'enfant en tirant sur le bras; d'autres, qu'il falloit faire rentrer ce bras dans la matrice, afin de pouvoir retourner l'enfant et l'amener par les pieds; plusieurs ont arraché cette extrémité, et quelquefois les deux, en la tordant sur elle-même pour la désarticuler plus aisément : quelques Praticiens l'ont amputée le plus haut possible, soit avec des tenailles incisives ou autrement, croyant l'amputation moins cruelle que l'arrachement, ou se sont contentés d'y faire de profondes incisions, dans les vues d'en procurer le dégorgement, quand elle étoit tuméfiée ou lorsqu'elle paroissoit gangrenée. Un Accoucheur, au siècle dernier (1), conseilloit de passer un lacs autour du corps, au moyen d'un crochet mousse fenêtré, pour faire descendre les fesses pendant qu'on repousseroit le haut de la poitrine; et de nos jours, un autre a proposé d'aller chercher la seconde main de l'enfant, lorsqu'on ne pouvoit entrer dans la matrice pour en dégager les pieds (2).

1529. Ces divers procédés, qui ne paroissent qu'une conséquence les unes des autres, n'ont pu être que le fruit de l'ignorance de la plupart des matrones, presque seules en possession de l'exercice de l'art d'accoucher jusque vers le milieu du siècle dernier, ainsi que de l'erreur des hommes qu'elles ont appelés à leur secours.

(1) *Peu*, Pratique des accouchemens, *p.* 412.

(2) M. *Delfurie*, Traité des Accouchemens, édit. IIe, page 311. et suiv.

1530. Quand on connoît le rapport des dimensions d'un enfant à terme dont le bras est sorti de la matrice, avec celles d'un bassin de largeur naturelle, on voit clairement ce qu'on peut attendre des efforts qu'on exerceroit sur cette extrémité à dessein d'extraire le corps. Si l'on est quelquefois parvenu à terminer l'accouchement de cette manière, c'est que l'enfant étoit très-petit, et le bassin de la mère assez grand pour le laisser passer en double ; ces faits ne sont que des exceptions rares, et ne peuvent servir de règles (1).

On ne doit pas tirer sur la main de l'enfant pour l'extraire du sein de sa mère.

---

(1) Pendant que je rédige cet article, mon frère me fournit une observation qui ne me paroît pas sans utilité.

*Observ.* Une femme, au terme de sa sixième grossesse, étant accouchée heureusement le 30 mai 1788, d'un enfant bien portant, mais d'une médiocre grosseur, ressentit bientôt après de nouvelles douleurs, qui se soutinrent pendant trois jours consécutifs, temps où un chirurgien fut appelé pour la délivrer d'un second enfant, dont le bras étoit engagé dans le vagin. Ayant fait beaucoup d'efforts infructueux pour aller prendre les pieds, ce chirurgien manda mon frère. Trouvant alors la femme très-foible, ayant le visage rouge et enflammé, le ventre tendu et plus gros que dans une grossesse ordinaire de neuf mois, la respiration laborieuse, le pouls petit et concentré, et voyant le bras gauche de l'enfant sorti au point que l'épaule débordoit les grandes lèvres, et que le haut de la poitrine paroissoit à la vulve ; jugeant d'ailleurs, d'après l'état de toutes ces parties, que l'enfant étoit mort, mon frère ne crut pas devoir se mettre en peine de retourner cet enfant, et préféra de l'extraire, en tirant avec ménagement sur l'extrémité : ce qu'il obtint sans beaucoup de peine et avec succès pour la femme, qui se rétablit promptement. L'enfant étoit très-petit et putréfié : sans de pareilles conditions, l'on n'eût pu terminer l'accouchement de la manière dont on l'a fait, et il auroit fallu retourner l'enfant.

Si cette observation nous montre des cas où il convient, pour le bien de la femme, de s'éloigner des règles ordinaires, le Journal de Médecine de Londres en fait connoître d'autres, qui ont paru mériter bien plus d'attention, puisque les circonstances étant les mêmes, l'enfant a été expulsé par les seuls efforts de la nature, et s'est dégagé en présentant les fesses dans quelques-uns et les pieds dans les autres, quoique le bras fût au-dehors depuis plusieurs jours, et l'épaule poussée jusqu'à la vulve. Thomas Denman, qui a communiqué ces faits, et qui en avoit déjà rassemblé une trentaine en 1785, n'en conclut pas moins que la meilleure manière d'opérer l'accouchement, lorsque le bras se présente, est de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds, quand on le peut, dit-il, avec

La réduction du bras sorti, est souvent impossible, et jamais nécessaire.

1531. L'intention de faire rentrer le bras sorti seroit bien plus louable, si on le pouvoit dans tous les cas ; mais excepté dans celui où les eaux sont récemment écoulées, on le tenteroit vainement, et les tentatives qu'on feroit à ce dessein deviendroient d'autant plus dangereuses qu'on y emploieroit plus de forces. Aucun des moyens proposés pour faire rentrer le bras de l'enfant ne paroîtra plus fécond en inconvéniens que l'espèce de béquille inventée par *Burton*, Accoucheur Anglois (1).

1532. La réduction du bras, toujours difficile, et le plus souvent impossible, n'est essentiellement nécessaire dans aucun de ces cas dont il s'agit. Ce n'est pas la présence de l'extrémité engagée dans le passage qui s'oppose à l'introduction de la main de l'Accoucheur ; elle ne sauroit, par elle-même, l'empêcher de pénétrer, de parvenir aux pieds de l'enfant et de le retourner. C'est la contraction de la matrice même, c'est la roideur de son col et le peu de dila-

---

l'espoir de le conserver, et sans nuire à la mère. Si le précepte de le faire n'étoit fondé sur aucun fait, ceux que nous venons de citer suffiroient pour le bien étayer, puisque de trente enfans qui se sont *tournés spontanément dans ces sortes* de cas, pour nous servir des expressions de M. Denman, un seul est venu vivant.

* Il est bon, sans doute, de connoître de pareils faits, et l'on doit savoir gré à MM. Doublet et le Roux des Tillets, médecins de Paris, de nous avoir donné la traduction des observations de Denman (*) : mais qu'on n'aille pas conclure, d'après les réflexions de ce dernier, qu'il ne faille retourner l'enfant dont le bras se présente, qu'autant qu'on a l'espoir de le conserver, et qu'il faut le laisser venir spontanément, quand on a la certitude de sa mort ; car cette conséquence seroit fâcheuse pour un bien grand nombre de femmes. On ne doit le laisser venir qu'autant que les choses sont avancées au point marqué dans les observations de Denman, et qu'on le voit disposé à sortir ainsi. Nous ne ferons aucune réflexion sur cette conversion spontanée de l'enfant, quoiqu'elle en fournisse un vaste champ.

(1) Son ouvrage a été traduit en français par un médecin de la faculté de Paris, M. Lemoine, qui l'a enrichi d'excellentes notes.

(*) Journ. de Médec. de Paris, tom. 63, pag. 502, tom. 65, pag. 79.

tation de son orifice, qui y apportent les plus grands obstacles, s'il s'en présente quelquefois de tels. Il est facile de se convaincre de cette vérité, si l'on fait attention à la largeur naturelle du bassin de la femme, à l'extrême dilatation dont l'orifice de la matrice est susceptible, et à celle qu'il éprouve dans tous les accouchemens, sur-tout en comparant ses dimensions dans ce dernier degré de dilatation, au volume de la main de l'Accoucheur avec celui du bras de l'enfant.

*La présence du bras de l'enfant dans l'orifice de la matrice, n'est pas ce qui s'oppose à l'entrée de la main de l'Accoucheur.*

1533. La grosseur de ce bras, même tuméfié au dernier point, ne peut jamais remplir entièrement le passage, et cette extrémité, jointe à la main de l'Opérateur, ne surpasse jamais en volume la grosseur de la poitrine ou de la tête de l'enfant. Si l'orifice de la matrice est susceptible d'une assez grande dilatation, et le bassin naturellement assez large pour donner issue à ces parties; si on les a vu franchir ce double passage, quoique précédées ou accompagnées d'un bras, des extrémités inférieures même, comme dans les accouchemens où l'enfant vient en présentant les fesses; comment a-t-on pu croire que le bras, sain ou tuméfié, pouvoit s'opposer à l'entrée de la main de l'Accoucheur dans la matrice? Comment a-t-on pu persuader à des personnes sensées que ce bras fermoit entièrement le passage, qu'on a eu raison de l'amputer ou de l'arracher, et que cette opération étoit nécessaire?

*Source des obstacles que rencontre l'Accoucheur quand le bras de l'enfant est engagé.*

1534. Lorsqu'on procède à l'accouchement au moment de l'évacuation des eaux, si le col de la matrice est souple, et son orifice bien dilaté, l'on y introduit la main et l'on retourne l'enfant avec autant d'aisance que si le bras n'y étoit pas engagé. Dans quelques circonstances où la présence du bras sembloit opposer les plus grands obstacles à l'introduction de la main, une perte survenue inopinément fit cesser ces obstacles, et procura l'avantage d'opérer sans peine un accouchement dont on commençoit à regarder les difficultés comme au-dessus des ressources

salutaires de l'art, d'après les efforts réitérés qu'on avoit faits en vain pour les surmonter. Cette hémorrhagie a-t-elle fait alors quelque chose de plus que de relâcher le col de la matrice, d'en affoiblir la résistance, et de dissiper le resserrement naturel ou spasmodique de tout le corps de ce viscère ? Et qu'y a-t-il en cela que l'art ne puisse opérer avec moins de danger que ne l'a fait accidentellement la nature ?

Erreur de ceux qui ont cru qu'il étoit nécessaire d'arracher ou de couper le bras de l'enfant.

1535. La véritable indication que prescrivent tant d'obstacles ne consiste qu'en cela même. C'est cette souplesse qu'il faut d'abord procurer aux fibres de la matrice, toutes les fois qu'elles ne jouissent pas de cette disposition favorable et même nécessaire à l'accouchement avant de s'efforcer et même d'essayer de retourner l'enfant, soit que le bras se présente ou non. En remplissant ces premières vues, l'Accoucheur se préparera un accès facile vers les pieds de l'enfant, et ne se croira plus dans la triste nécessité d'arracher ou de couper le bras de cet infortuné. Il reconnoîtra de même qu'il n'est pas nécessaire de faire rentrer cette extrémité pour terminer l'accouchement.

1536. Ces manœuvres, enfantées par l'ignorance, et accréditées par des personnes sans principes, étoient au plus excusables dans le siècle qui a vu naître leurs Auteurs ; et les Praticiens qui les exerceroient aujourd'hui seroient mille fois plus répréhensibles que ces premiers. Elles ne sont permises dans aucun cas, parce qu'elles ne peuvent jamais conduire au but principal qu'on se propose. Si elles paroissent avoir eu quelque succès, ce succès n'a été qu'apparent, et ne sauroit en imposer aux personnes instruites. La facilité qu'on a eue quelquefois d'aller saisir les pieds de l'enfant après l'arrachement du bras, quoiqu'on n'eût pu le faire avant, ne doit pas être attribuée à l'absence de cette extrémité : l'on n'a été redevable de cet avantage qu'aux violences qu'on a exercées sur le col de la matrice, et aux déchirures qu'on y a faites le plus souvent, en s'efforçant d'arracher le bras. On

auroit pu en procurer la dilatation par des moyens plus doux, et conserver son extrémité à l'enfant.

1537. La putréfaction même de cette extrémité, qui ne sembleroit laisser d'autre espoir de salut pour l'enfant que dans l'amputation, ne devroit pas nous autoriser à la pratiquer avant l'accouchement, parce qu'on le fera bien plus surement après, si elle est indispensable, que dans le temps où l'enfant est renfermé dans le sein de sa mère. Quelques Praticiens ne s'étant déterminés à retrancher ce membre que parce qu'ils croyoient, d'après sa putréfaction, que l'enfant étoit mort, n'en paroissent pas moins coupables aux yeux des personnes instruites, qui savent que cette putréfaction n'est souvent que locale, qu'elle caractérise peu cet état de mort, et que bien des fois, lorsqu'on ne croyoit mutiler et n'extraire qu'un cadavre, on a mutilé et extrait un enfant vivant. D'après de pareils faits, avec quelle prudence ne doit-on pas se conduire dans tous ces cas (1) ?

L'on ne doit jamais retrancher le bras sorti.

1538. Quel que soit l'état du bras qui s'est engagé, il exige donc toujours moins d'attention que l'état du col et du corps de la matrice. Lorsque celle-ci n'a point été fatiguée par les vains efforts du travail, ou par des mains imprudentes, si son col est souple et bien dilaté, il faut y introduire la main selon les règles prescrites à l'occasion des différentes positions des épaules, pour en dégager les pieds et retourner l'enfant comme si le bras n'en étoit pas sorti, en donnant cependant à ce dernier les soins indiqués au §. 1544 et suivant.

C'est à l'état de la matrice et de son col qu'il faut faire attention quand le bras de l'enfant est sorti.

1539. Quand la matrice est affectée de spasme, ce

Des moyens qu'on doit employer en pareil cas.

(1) On trouve en foule des exemples d'arrachement ou d'amputation du bras de l'enfant, et même des deux extrémités. Le dix-huitième siècle ne seroit peut-être pas celui qui en fourniroit le moins, si on eût pris soin de les recueillir : mais aucun de ces exemples n'inspire plus d'horreur que celui que cite *de la Motte*, obs. 228, pag. 664, édit. nouvelle, et celui de *Rœderer*, obs. IV.

qui est assez rare, ou lorsqu'elle s'est déjà fortement contractée sur l'enfant, il faut la détendre et la relâcher par des moyens convenables, tels que la saignée du bras, les bains, etc., et n'entreprendre de terminer l'accouchement qu'après avoir satisfait à cette première indication, qui est toujours la plus urgente en pareil cas. Nous ferons observer ici qu'il ne faut pas craindre d'évacuer le sang largement, lorsque la circonstance l'exige, en répétant la saignée du bras ; mais qu'il seroit dangereux souvent de prendre pour règle à ce sujet ce que prescrivoit en 1774 un jeune Médecin à peine imbu des premiers principes de l'art des accouchemens. La pratique ne lui avoit pas encore appris, dans ce temps, ce qu'il y avoit à craindre ou à espérer de ces saignées multipliées, qu'il regardoit comme l'ancre du salut de la femme (1). L'autorité de M. *Solayrès*, que cite ce Médecin à l'appui de son opinion, ne doit pas en imposer ; cet Accoucheur l'auroit démenti lui-même s'il eût vécu, n'ayant jamais conseillé de multiplier les saignées au point qu'on pourroit le croire, d'après la lecture de la dissertation dont il s'agit. *Solayrès* n'a rencontré d'ailleurs de ces cas où le bras de l'enfant étoit sorti, que les plus favorables à l'accouchement ; ce que je puis certifier, ayant été long-temps son élève et son ami.

Le défaut de dilatation du col de la matrice est ce qui s'oppose le plus à l'accouchement quand le bras de l'enfant est sorti.

1540. L'état de spasme et la forte contraction de la matrice, ne sont pas les seules causes qui puissent nous empêcher d'y porter la main pour retourner l'enfant dont le bras est dehors. Souvent on ne le peut que parce que l'orifice de la matrice n'est que très-peu dilaté au moment où cette extrémité paroît, que le bord de cet orifice présente encore alors trop de roideur et d'épaisseur pour qu'il puisse s'ouvrir aisément

(1) M. *Alphonse le Roy*. Journal de Médecine du mois de Mars 1774. C'est la première année que ce médecin a commencé à se livrer à la pratique et à l'enseignement de l'art d'accoucher.

au-delà

au-delà sans de grands inconvéniens ; ce qui vient de ce que la poche des eaux s'est déchirée prématurément, et que le travail de la nature ne s'est pas soutenu assez de temps pour procurer la dilatation requise. Toutes tentatives pour opérer l'accouchement sur le champ, ne seroient pas moins dangereuses dans ce cas que dans celui où la matrice, fatiguée par la longueur du travail, ou affectée de spasme, s'oppose fortement à l'entrée de la main. Elles ne feroient qu'augmenter les difficultés naturelles à cette époque du travail, soit en excitant la contraction du col de la matrice, soit en dépouillant les parties de la femme des mucosités qui les enduisent et les pénètrent, en les rendant douloureuses et en les disposant à s'enflammer, ou en accélérant la tuméfaction du bras de l'enfant ; ce qui rendroit la circonstance, déjà fâcheuse en elle-même, bien plus fâcheuse encore. Il faut donc attendre, pour opérer l'accouchement, que les fibres qui constituent le bord de l'orifice de la matrice, se soient humectées, affoiblies et relâchées ; en un mot, qu'elles jouissent du degré de souplesse nécessaire à une dilatation convenable, ou que cette dilatation se soit opérée comme d'elle-même. On évitera, pendant ce délai, de toucher la femme fréquemment, comme le font quelques-uns dans la vue d'accélérer la dilatation dont il s'agit, crainte qu'il n'en résulte le contraire. Si la résistance du col de la matrice ne cédoit pas aux efforts naturels de l'accouchement, la saignée du bras, les bains et les injections relâchantes pourroient être d'un grand secours. L'on peut y employer le temps nécessaire, parce que la présence du bras n'offre jamais par elle-même d'indications bien urgentes.

De ce qu'il faut faire, quand l'orifice de la matrice n'est pas encore assez dilaté.

1541. Les préceptes que nous donnons paroîtront sans doute préférables à ceux qu'un Accoucheur a publiés pour la seconde fois sur le même sujet en 1777. « Les eaux sont écoulées depuis long temps, dit-il, » les parties sont sèches, la matrice est contractée et

Pratique d'un Accoucheur des plus modernes.

» serrée sur l'enfant, la femme est forte et robuste ;
» il faut sur le champ entrer dans la matrice le long
» du bras sorti, le faire avec beaucoup de douceur et
» de force, aller chercher les pieds et les amener..... »
Et plus loin : « J'ai coutume de tenter les moyens
» d'entrer dans la matrice ; si je ne le peux pas, je
» tâche de dégager l'autre bras et de l'amener dans le
» vagin. Cette façon d'agir m'a constamment réussi ;
» la réflexion m'a guidé dans le premier travail que j'ai
» terminé ainsi. Le second bras ne peut sortir sans
» ébranler l'enfant, lui faire changer de position, et
» me faciliter l'introduction de la main..... (1). »

1542. On trouve dans ce passage des contradictions manifestes, et des préceptes que désavoueroient surement les Auteurs des premiers siècles de l'Art, s'ils fussent échappés à leur plume. Comment, par exemple, pénétrer dans la matrice pour aller prendre le second bras de l'enfant, lorsqu'on ne peut y entrer pour saisir les pieds ? L'intention de l'Accoucheur change-t-elle en quelque chose la nature des difficultés, et ne seront-elles pas les mêmes, soit qu'il se propose d'aller chercher le second bras ou les pieds ? La situation de l'enfant, lorsqu'un bras est sorti de la matrice, est le plus souvent telle, que l'autre extrémité supérieure est plus éloignée de l'orifice que ne le sont les pieds ; et ce n'est qu'en quelques circonstances extrêmement rares où cette seconde extrémité, croisant la poitrine ou le dos, présente la main auprès de cet orifice, de manière à ce que l'Accoucheur puisse l'accrocher sans introduire toute la sienne dans la matrice. En supposant que cela soit ainsi, et qu'on puisse saisir la main de l'enfant du bout de quelques doigts pour l'entraîner au-dessous de l'orifice et l'empoigner ensuite de façon à pouvoir tirer fortement dessus, oseroit-on se promettre de changer avanta-

(1) M. *Deleurie*, Traité des Accouchemens, édit. 11e, page 312 et suiv.

geusement à ce moyen la position du tronc, dans le cas où l'Auteur le représente étroitement serré de toutes parts dans la matrice ? Une pratique semblable n'a pu être le fruit de la réflexion ; une erreur y a donné lieu, mais les bornes de cet ouvrage ne nous permettent pas de la développer ici.

Corollaires de tout ce que nous avons exposé sur les accouchemens où le bras de l'enfant est engagé.

1543. On peut résumer de tout ce que nous venons de dire à l'occasion des accouchemens où la main de l'enfant est sortie et le bras engagé dans l'orifice de la matrice, 1°. qu'il faut avoir plus d'égards, dans tous ces cas, à l'état de la matrice qu'à celui de l'extrémité de l'enfant, qui ne présente par elle-même aucune indication essentielle, si ce n'est quelquefois après l'accouchement, lorsqu'elle est tuméfiée, livide ou gangrenée ; 2°. qu'on ne doit jamais essayer de faire rentrer cette extrémité dans la matrice, quand il y a quelque temps que les eaux sont écoulées ; 3°. que sa réduction, quoique possible au moment de l'ouverture de la poche qui contient ce fluide, et conséquemment à l'instant où cette extrémité même s'échappe de la matrice, n'est pas essentiellement nécessaire ; 4°. qu'il est contraire aux principes de l'art d'arracher ou d'amputer ce membre ; 5°. qu'il seroit absurde, lorsque l'enfant est vivant, de vouloir l'extraire en tirant sur le bras, comme de vouloir aller chercher sa seconde main toutes les fois que la forte contraction de la matrice et le peu de dilatation de son orifice ne permettent pas d'y pénétrer pour saisir les pieds et les dégager ; 6°. qu'il ne seroit pas même raisonnable, dans le cas dont il s'agit, d'accrocher cette seconde main et de tirer dessus à dessein de changer la position du tronc de l'enfant, quand bien même elle se trouveroit assez près de l'orifice pour qu'on pût la saisir, en y insinuant quelques doigts seulement ; 7°. enfin, qu'on doit toujours aller chercher les pieds et retourner l'enfant, mais qu'il seroit dangereux d'y procéder avant que

les parties de la femme n'y fussent bien préparées par la nature ou par l'art.

*Des attentions qu'exige la présence du bras qui est engagé.*

1544. Il arrive souvent, en pareil cas, que la main de l'enfant disparoît et semble rentrer dans la matrice à mesure qu'on fait descendre les pieds ; et cet effet, dont on découvre facilement la cause, n'est pas toujours des plus heureux pour l'enfant. Si cette extrémité supérieure, en remontant ainsi, se place quelquefois dans le bassin de la femme de manière à ce que par la suite elle se trouve appliquée sur le côté de la tête, comme on le remarque assez constamment dans les accouchemens où l'enfant vient par les pieds, d'autres fois aussi le bras se plie, et le coude s'arc-boute contre un point des parois de cette cavité, de manière à mettre obstacle à la descente du tronc, ou bien à exposer l'humérus à se fracturer.

1545. Pour éviter ces inconvéniens, il faut observer de faire descendre cette extrémité dans les mêmes proportions que le tronc. On ira donc reprendre la main de l'enfant, si elle disparoît entièrement, aussi-tôt que les cuisses seront dégagées, et on maintiendra le bras alongé contre le corps. Il seroit alors bien plus sûr et plus expédient d'appliquer un lacs sur le poignet de l'enfant avant d'aller prendre les pieds, comme nous l'avons recommandé depuis long-temps dans un petit ouvrage publié en faveur des Sages-femmes (1). On retirera de ce lacs un double avantage ; 1°. celui de fixer le bras de l'enfant selon sa longueur contre un des côtés du bassin, et d'empêcher qu'il ne rentre et ne se replie dans ce canal pendant qu'on introduira la main dans la matrice pour aller prendre les pieds ; 2°. celui de prévenir les inconvéniens énoncés au §. précédent. Si l'on emploie ce lacs, il faudra bien observer de ne pas tirer dessus pendant qu'on s'effor-

*Utilité qu'on peut retirer d'un lacs appliqué au poignet du bras qui est sorti.*

(1) Principes sur l'art d'accoucher, en faveur des Sages-femmes ; publiés pour la première fois en 1775, et par ordre du gouvernement en 1787.

cera de dégager les pieds et de les amener au dehors, pour ne pas fixer l'épaule à l'entrée du bassin, dans un temps où elle doit nécessairement s'en éloigner un peu, et de ne le faire qu'au moment où les fesses de l'enfant seront parvenues au passage.

## ARTICLE IV.

### *Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente un des côtés de la poitrine.*

### SECTION PREMIÈRE.

#### *Des causes, des signes et différences de ces Accouchemens, et des indications qu'ils nous offrent.*

Accouchemens où l'enfant présente un des côtés proprement dits.

1546. Il est aussi difficile d'assigner les causes particulières de ces accouchemens que celles des précédens ; quant aux causes générales, elles paroissent les mêmes.

Caractères de ces régions.

1547. On reconnoît aisément au toucher la partie latérale de la poitrine de l'enfant, par rapport aux côtés, à l'aisselle, au bras et à la hanche. L'on distingue avec la même facilité si c'est le côté droit ou le côté gauche qui se présente, en faisant attention à la situation particulière de toutes ces parties relativement à l'entrée du bassin de la femme.

Positions que peuvent prendre ces régions sur l'entrée du bassin.

1548. Dans la première position de l'un ou de l'autre côté, l'aisselle de l'enfant est appuyée sur le pubis de la mère, et la hanche sur le haut du sacrum ; le devant de la poitrine regarde la fosse iliaque gauche lorsque c'est le côté droit qui se présente, et la fosse iliaque droite quand c'est le côté gauche.

1549. Dans la seconde position, l'aisselle est appuyée sur la base du sacrum, et la hanche sur le pubis ; la poitrine répond à la fosse iliaque droite lorsque c'est le côté droit, et *vice versâ*.

1550. Dans la troisième, le tronc de l'enfant est

situé en travers, l'aisselle se trouvant appuyée sur le bas de la fosse iliaque gauche, et la hanche sur l'autre; de manière que la poitrine répond à la partie postérieure de la matrice lorsque c'est le côté droit qui se présente, et qu'elle est placée transversalement sous la partie antérieure de ce viscère lorsque c'est le côté gauche.

1551. Dans la quatrième, de l'un comme de l'autre côté, le tronc de l'enfant se présente encore transversalement à l'égard du bassin, l'aisselle étant sur le bas de la fosse iliaque droite, et la hanche sur la gauche; le dos sur la partie postérieure de la matrice lorsque c'est le côté droit, et sous la partie antérieure de ce viscère au-dessus des os pubis quand c'est le côté gauche.

Des indications que nous présentent ces différentes positions.

1552. L'indication générale que nous offrent ces diverses positions de l'enfant, consiste à dégager les pieds pour l'extraire du sein de sa mère. Cette indication ne peut être alors contre-balancée par celle qu'on s'efforceroit vainement de remplir en voulant ramener la tête à sa situation naturelle. Quant à la manière d'opérer, elle doit être un peu différente dans chacune de ces positions.

## SECTION II.

### *De la manière d'opérer les diverses espèces d'Accouchemens où l'enfant présente un de ses côtés proprement dits.*

De la manière d'opérer dans la première position des côtés.

1553. Quoiqu'il soit en général assez facile d'amener les fesses de l'enfant à l'entrée du bassin et dans une situation des plus favorables à leur sortie, quand il présente l'un ou l'autre côté dans la première position indiquée au §. 1548, il vaut mieux aller prendre les pieds, parce que ce parti est plus sûr, et le seul qui puisse épargner beaucoup de douleurs à la femme.

1554. Lorsque les eaux sont récemment écoulées,

l'on introduira la main sous la hanche de l'enfant, en suivant la partie postérieure de la matrice, jusqu'à ce qu'on puisse saisir les deux pieds appliqués sur les fesses; alors on les entraînera, pendant qu'on appuiera de l'autre main sur le ventre de la femme, pour diminuer l'obliquité antérieure de la matrice, et concourir, par ce moyen, à ramener le grand diamètre du corps de l'enfant dans la direction de l'axe du bassin. Ce procédé, toujours facile à exécuter dans le moment dont il s'agit, peut présenter d'assez grandes difficultés quand les eaux sont écoulées depuis long-temps, pour qu'on soit obligé de recourir au suivant.

1555. Dans ce cas, si c'est le côté droit qui se présente, l'on introduira la main droite vers la partie postérieure et latérale gauche de la matrice, en suivant la hanche, puis la cuisse de l'enfant qui en est voisine, pour parvenir aux pieds et les dégager successivement, comme dans la première position de l'épaule droite: on opère d'ailleurs de même qu'à l'occasion de celle-ci. Lorsque l'enfant présente le côté gauche, il faut introduire la main gauche et aller prendre les pieds, en suivant la partie latérale droite de la matrice, comme dans la première position de l'épaule gauche.

1556. Lorsque le côté droit se présente dans la seconde position indiquée au §. 1549, on introduit la main gauche dans la matrice, en montant vers la fosse iliaque droite, jusqu'à ce que les doigts soient parvenus sur les pieds, qu'on dégage alors comme on l'a prescrit à l'occasion de la deuxième position de l'épaule droite. Si l'on éprouve quelques difficultés à les amener au-dehors, on tire davantage, et même presque uniquement sur le pied gauche, pendant qu'on éloigne l'épaule de la base du sacrum, en la repoussant ou en la soulevant du bout de plusieurs doigts. De la manière d'opérer dans la seconde position du côté droit.

1557. Quand c'est le côté gauche qui se présente à l'orifice de la matrice dans la position dont il s'agit, De la manière d'opérer dans la

seconde position du côte gauche.

il faut introduire la main droite pour aller prendre les pieds ; mais on l'insinue en montant vers la fosse iliaque gauche, et en observant d'ailleurs les précautions indiquées à l'occasion de la seconde position de l'épaule gauche.

De la manière d'opérer dans la troisième position de l'un ou de l'autre côté.

1558. Lorsqu'on peut opérer, au moment de l'ouverture de la poche des eaux, l'accouchement où l'enfant présente l'un des côtés dans la troisième position, on y rencontre peu de difficulté, parce que cet enfant est encore peu serré dans la matrice, et qu'il est aisé d'en aller prendre les deux pieds, en introduisant la main gauche jusques au-dessus de la fosse iliaque droite, où ils sont situés ; mais il n'en est pas de même toutes les fois que nous ne sommes appelés qu'après ce moment, et qu'il y a long-temps que les eaux sont écoulées. Les obstacles que nous trouvons alors sont en raison de la contraction immédiate de la matrice sur le corps de l'enfant ; et le procédé que nous venons de décrire, souvent n'est pas le plus simple ni le plus sûr qu'on puisse exécuter.

De la manière d'opérer dans la troisième position du côté droit.

1559. Nous pensons qu'il vaut mieux se conduire de la manière suivante, en pareil cas. Si c'est le côté droit qui se présente, on introduira la main droite dans la matrice, au-dessous de la poitrine de l'enfant, d'où on la dirigera un peu obliquement vers la fosse iliaque droite, en passant sur la hanche et la cuisse droite de cet enfant, pour prendre d'abord le pied de ce côté et l'amener dans le vagin ; après quoi on reportera cette main vers le second pied, pour le dégager au même point que le précédent, et tirer ensuite presque uniquement dessus pendant un instant, tandis que, de l'extrémité de quelques doigts de la main, on soulèvera l'épaule de plus en plus vers le devant du bassin, pour favoriser la rotation du tronc et la descente des fesses, et continuer d'opérer comme dans les autres cas.

De la manière d'opérer dans la

1560. Il faut introduire la main gauche, et dans une autre direction, si l'on veut parvenir aux pieds

de l'enfant, quand c'est le côté gauche de la poitrine qui se présente dans la troisième position. On l'insinuera sous la partie antérieure et latérale droite de la matrice, en suivant la hanche et la cuisse gauche de l'enfant, jusqu'à ce qu'on puisse atteindre au même pied et l'entraîner, en le faisant passer sur la poitrine de cet enfant et derrière le pubis de la mère. On dégage ensuite le pied droit de la même manière; et c'est sur ce dernier qu'on agit principalement dans le premier instant, pendant qu'on repousse du bout de quelques doigts l'épaule qui est au-dessus du sacrum. On peut consulter pour le reste de l'opération, ce que nous avons dit à l'occasion de la troisième position de l'épaule gauche. troisième position du côté gauche.

1561. Les diverses manières d'opérer les accouchemens où l'enfant présente l'un ou l'autre côté dans la quatrième position, sont les mêmes que celles que nous venons de décrire, si ce n'est qu'il faut exécuter ici de la main droite tout ce que nous avons conseillé de faire avec la main gauche pour la troisième position, et *vice versâ*.

1562. Lorsque les eaux ne feront que de s'écouler, on ira donc chercher les pieds de l'enfant en introduisant la main droite dans la matrice, et en la dirigeant vers la fosse iliaque gauche où ils se trouvent; et pendant qu'on entraînera ces extrémités, on exercera de la main gauche une pression convenable sur le côté droit du ventre, dans la vue de ramener plus facilement le grand diamètre du corps de l'enfant parallèlement à l'axe du bassin, et de favoriser la descente des fesses. De la manière d'opérer la quatrième espece d'accouchement où l'un des cotés se présente.

1563. Quand les eaux seront écoulées depuis longtemps, et que l'enfant sera fortement serré dans la matrice, il faudra y introduire la main droite en suivant une autre direction, si c'est le côté droit de la poitrine qui se présente. On l'insinuera d'abord sous la partie latérale gauche et antérieure de la matrice, en la recourbant de manière à pouvoir saisir le pied De la maniere d'opérer dans la quatrième position du côté droit.

droit qui est au-dessus des os pubis, et l'entraîner dans le vagin en le faisant passer sur la poitrine de l'enfant, comme on le remarque à l'occasion de la quatrième position de l'épaule droite. Du reste, on se conduira comme dans ce dernier cas, soit pour dégager le second pied, soit pour terminer l'accouchement.

De la manière d'opérer dans la quatrième position du côté gauche.

1564. Lorsque c'est le côté gauche qui se présente, on introduit au contraire la main gauche dans un état de supination au-dessous de l'enfant, et en la dirigeant le long de sa hanche et de sa cuisse gauche pour parvenir aux pieds et les dégager, comme dans la quatrième position de l'épaule gauche.

## ARTICLE V.

### *Des Accouchemens dans lesquels l'enfant présente l'une ou l'autre hanche à l'orifice de la matrice.*

### SECTION PREMIÈRE.

#### *Des causes, des signes et différences de ces Accouchemens, ainsi que des indications qu'ils nous offrent.*

Des accouchemens où l'enfant présente l'une des hanches.

1565. Les hanches de l'enfant se présentent un peu plus souvent à l'orifice de la matrice que ne le font les parties latérales de la poitrine et du col, mais plus rarement que les épaules. L'obliquité de la matrice et la surabondance des eaux de l'amnios, sont des causes suffisantes pour donner lieu à ces sortes de positions, soit que ces causes se rencontrent en même temps, ou qu'il n'en existe qu'une seule.

Caractères des hanches.

1566. Nous ne reconnoissons la hanche de l'enfant qu'avec peine avant l'ouverture de la poche des eaux, parce qu'on ne peut alors parcourir une assez grande étendue de cette région pour rencontrer des caractères qui soient propres à dissiper toute incertitude, tels que la crête de l'os des îles, les dernières des fausses-côtes,

l'anus, etc.; car l'espèce de tumeur que forme la hanche sur l'orifice de la matrice ressemble beaucoup à celle que la partie latérale et supérieure de la tête présente au tact, quand le cuir chevelu est un peu tuméfié, etc.

1567. Chaque hanche peut se présenter de quatre manières différentes à l'orifice de la matrice.

Des positions dans lesquelles les hanches de l'enfant peuvent se présenter.

1568. Dans la première position, les fesses de l'enfant sont appuyées contre la marge du bassin, postérieurement et au-dessus de la base du sacrum, et la crête de l'os des îles est contre le pubis; mais de sorte que la poitrine répond au côté gauche de la matrice, quand c'est la hanche droite qui se présente, et *vice versâ*. Cette position se rencontre plus fréquemment que les autres.

1569. Dans la seconde, qui est la plus rare, les fesses de l'enfant sont contre le pubis, sous la partie antérieure de la matrice, et la crête de l'os des îles répond au sacrum; de manière que la poitrine regarde le côté droit de la femme, quand c'est la hanche droite qui se présente, et *vice versâ*.

1570. Dans la troisième position, les fesses de l'enfant sont placées sur le bas de la fosse iliaque droite, et la crête de l'os des îles est tournée vers la gauche qui soutient le corps, la poitrine répondant à la partie postérieure de la matrice quand c'est la hanche droite qui se présente, et à la partie antérieure de ce viscère lorsque c'est la hanche gauche.

1571. Dans la quatrième position des hanches, les fesses sont situées sur la marge du bassin du côté gauche, et le corps de l'enfant est appuyé sur la fosse iliaque droite, la poitrine étant sous la partie antérieure de la matrice lorsque c'est la hanche droite, et sur la partie postérieure de ce viscère quand c'est la hanche gauche.

Des indications que nous présentent ces

1572. L'accouchement dans lequel l'enfant présente la hanche, n'est pas toujours impossible sans les secours de l'art; il peut quelquefois s'opérer natu-

différentes positions. rellement, ou moyennant les soins qu'exigent en général les accouchemens dans lesquels les fesses se présentent. L'expérience nous a démontré plusieurs fois la vérité de cette assertion.

1573. Comme la présence de la hanche à l'orifice de la matrice est toujours l'effet de l'inclinaison du grand diamètre du corps de l'enfant relativement à l'axe du bassin, et que cette obliquité peut être la suite de celle de la matrice ou de la grande quantité d'eau qu'elle contient, elle peut disparoître dans les progrès du travail à mesure que ce viscère se contracte et que les eaux s'écoulent; de manière que la hanche s'éloigne du détroit supérieur, que les fesses viennent s'y présenter, et que l'enfant poussé par les seuls efforts de la mère, peut s'engager et sortir.

1574. Si ce changement de direction, absolument nécessaire à la sortie de l'enfant, s'opère quelquefois comme de lui-même ou au moyen de la situation que garde la femme pendant le travail, quelquefois aussi on ne peut l'obtenir qu'en introduisant la main dans la matrice; mais dans ce dernier cas l'on doit toujours dégager les pieds, et ne jamais se borner à ramener les fesses à l'entrée du bassin, parce que cela est plus facile et plus sûr, et qu'on épargne d'ailleurs beaucoup de douleurs à la femme.

## SECTION II.

### *De la manière d'opérer les Accouchemens où l'enfant présente l'une ou l'autre hanche.*

De la manière générale d'opérer les accouchemens de la première espece où les hanches se présentent.

1575. Lorsqu'on a reconnu la position de la hanche qui constitue la première espèce de ces accouchemens avant l'ouverture de la poche des eaux, il faut recommander à la femme de se tenir couchée sur le dos, dans la vue de diminuer l'obliquité antérieure de la matrice, et de rappeler les fesses de l'enfant à l'entrée du bassin dans une de leurs meilleures positions; ce

qui leur permet alors de s'y engager, et nous dispense d'introduire la main pour opérer ce changement.

1576. Si l'enfant étoit fort gros relativement à la largeur du bassin, si le travail duroit depuis long-temps, ou s'il existoit des accidens, il ne faudroit pas se borner à la situation de la femme; car il est à propos, dans tous ces cas, d'aller saisir les pieds pour opérer l'accouchement, en supposant même que les fesses puissent revenir à ce moyen sur l'entrée de la matrice, puisque nous avons déjà recommandé de prendre ce parti dans le cas même où elles se présentent de la manière la plus avantageuse. On introduira donc la main, en montant le long du sacrum, jusques au dessus des fesses de l'enfant pour accrocher les pieds qui y répondent et les entraîner, pendant qu'on exercera de l'autre main une pression assez forte, quoique ménagée, sur le ventre de la femme, dans la vue de diminuer l'obliquité antérieure de la matrice, qui a toujours lieu en pareille circonstance.

Du choix de la main qui convient le mieux dans cette espèce d'accouchement.

1577. Quoique le choix de la main paroisse alors assez arbitraire, il peut être utile cependent de préférer la droite quand c'est la hanche droite qui se présente, et *vice versâ*, parce qu'il seroit plus facile d'aller prendre les pieds de l'enfant, si, par cas fortuit, les jambes étoient alongées vers le bas de la poitrine, comme on l'a plusieurs fois observé, au lieu d'être appliquées sur les fesses.

De la manière d'opérer les accouchemens de la seconde espece où les hanches se présentent.

1578. On ne doit rien attendre des efforts de la nature dans la seconde position des hanches; il faut introduire la main dans la matrice aussi-tôt que les parties de la femme y seront bien disposées, pour aller prendre les pieds. Si l'on éprouvoit trop de difficultés à dégager ceux-ci de dessus le pubis, ce qui arrive sur-tout quand les eaux sont écoulées depuis long-temps, il faudroit accrocher les genoux et les entraîner, pour opérer l'accouchement comme dans le cas où ces parties se présentent naturellement.

Du choix de la main qui convient

1579. Lorsque c'est la hanche droite qui se présente dans cette seconde position, il faut introduire la main

le mieux en pareil cas. gauche vers la partie latérale droite et un peu antérieure de la matrice, si l'on veut accrocher les genoux du bout des doigts ou dégager les pieds. On se servira au contraire de la main droite dans la seconde position de la hanche gauche, et on observera de l'insinuer vers le côté gauche de la matrice.

De la manière d'opérer les accouchemens de la troisième espèce où les hanches se présentent.

1580. Dans les accouchemens de la troisième espèce où l'enfant présente l'une des hanches, soit la droite ou la gauche, les fesses peuvent venir se placer à l'entrée du bassin et s'y engager, sans autre précaution que celle de faire coucher la femme sur le côté droit pour y incliner le fond de la matrice, dévié alors vers le côté gauche. On peut obtenir le même avantage dans les accouchemens de la quatrième espèce, en faisant coucher la femme sur le côté gauche.

1581. Si cette précaution ne menoit pas au but qu'on se propose, ou si d'autres raisons ne permettoient pas de se borner à rappeler les fesses à l'entrée du bassin et de livrer l'expulsion de l'enfant aux soins de la nature, au moins jusqu'à ce qu'elles fussent dehors, il faudroit introduire la main gauche dans la matrice, en montant au-dessus de la fosse iliaque droite pour en dégager les pieds, quelle que soit la hanche qui se présente. On pourroit aussi se servir de la main droite quand c'est la hanche droite ; mais nous observons qu'on réussira un peu plus difficilement qu'avec la première, et qu'il faudra dégager les pieds comme on l'a prescrit à l'occasion de la troisième position du côté droit proprement dit.

De la manière d'opérer dans la quatrième position des hanches.

1582. La main droite est préférable à l'autre dans la quatrième position des hanches ; on l'insinue alors vers la fosse iliaque gauche de la mère, pour dégager les pieds qui s'y trouvent, et terminer l'accouchement à l'ordinaire.

# QUATRIÈME PARTIE.

## *Des Accouchemens du troisième ordre, ou Accouchemens laborieux.*

1583. QUOIQUE le nom de laborieux ne semble convenir qu'à l'accouchement qui offre de grandes difficultés, et qu'on ne peut terminer sans le secours des instrumens, nous nous en servirons cependant ici pour désigner tous ceux qui composent ce troisième ordre, et qui ne sauroient être opérés d'une manière plus avantageuse que par quelques-uns de ces mêmes instrumens. Nous conviendrons qu'il s'en trouve beaucoup, dans le nombre de ces accouchemens, qui paroîtront moins difficiles, moins pénibles et moins dangereux que la plupart de ceux que nous avons désignés sous le nom de Contre nature, et que plusieurs même de ceux qu'on est dans l'usage de regarder comme naturels.

1584. Si l'impossibilité ou le danger d'opérer avec la main seule, constitue le caractère distinctif des accouchemens laborieux ; si la nécessité, soit absolue, soit relative, d'employer quelques instrumens pour les terminer, établissent entre eux une sorte de rapports ; ces accouchemens présentent d'ailleurs de grandes différences, et les espèces n'en sont pas moins variées que celles des deux ordres précédens : elles naissent, comme on le verra ci-après, de la nature des circonstances ou des accidens qui rendent ces accouchemens impossibles ou dangereux sans le secours des instrumens, de la diversité des instrumens même, des parties de la mère ou de celles de l'enfant sur lesquelles on doit les appliquer, de leur manière d'agir, et des suites de leur application, etc.

1585. Pour exposer avec plus de méthode et de clarté tout ce qui a rapport à ce dernier ordre d'accouchemens, nous pensons qu'il convient de faire connoître d'abord les instrumens qui sont nécessaires pour les opérer. Nous insisterons spécialement sur la description et la manière d'agir du forceps et du lévier, parce qu'ils sont d'un usage plus général et plus familier que les autres.

---

CHAPITRE

## CHAPITRE PREMIER.

### *Des instrumens qui sont nécessaires dans la pratique des Accouchemens, spécialement du forceps et du lévier.*

1586. Les instrumens dont on a fait usage dans la pratique des accouchemens, se sont tellement multipliés qu'ils formeroient un arsenal aussi grand que l'ensemble de tous ceux qui sont destinés aux nombreuses opérations de chirurgie, et chaque jour en produit encore de nouveaux. Soit le désir de s'acquérir quelque célébrité, soit celui d'augmenter les richesses de l'Art, autant il y a eu d'Accoucheurs un peu en vogue, autant il y en a eu qui ont produit quelques-uns de ces instrumens; comme s'il eût fallu moins de génie pour en créer que pour perfectionner ceux des autres, ou pour s'en servir tels qu'ils étoient. Si la raison et l'étude mieux approfondie des principes de notre Art ne viennent tempérer l'ardeur que trop de Praticiens témoignent encore pour ces sortes de productions, il est à craindre que cet Art, aussi simple en lui-même que salutaire, ne paroisse un jour le plus difficile et le plus incertain de tous les Arts, ou qu'on ne reproche aux Auteurs de notre siècle de l'avoir bien moins connu que ceux qui les ont précédés.

1587. Malgré la réforme que plusieurs Accoucheurs distingués par leur savoir, ont faite sur ce point, il est encore beaucoup d'instrumens dont l'utilité n'est pas aussi évidente que le danger qui paroît inséparable de leur application, et l'on peut de nouveau en réduire le nombre. Ceux dont les effets plus ou moins salutaires ne peuvent être contestés, diffèrent entre

eux autant par leur matière que par leur forme et leur manière d'agir. On peut les ranger sous les quatre chefs suivans.

1588. Le premier chef comprendra les lacs seulement ; le second, le forceps, le lévier, et la pince à faux-germe ; le troisième, les crochets, différentes espèces de tire-tête, et autres instrumens tranchans ou piquans appliquables sur l'enfant encore contenu dans le sein de sa mère ; le quatrième enfin, tous ceux qui sont destinés à l'opération césarienne, ou à d'autres opérations qui ne se font que sur les parties de la femme, dans la vue de favoriser l'accouchement.

1589. Cette division des instrumens sera celle que nous suivrons pour l'exposition des cas qui en exigent l'emploi. Nous commencerons par les plus simples, pour arriver aux plus difficiles ; par ceux qui ne demandent que les plus doux de ces instrumens, ceux qui agissent sans altérer la continuité des parties sur lesquelles on les applique, et dont les effets sont presque toujours aussi salutaires pour la mère que pour l'enfant, tels que les lacs, le forceps et le lévier ; et nous passerons ensuite à l'usage de ceux qui sont renfermés sous le troisième et le quatrième chefs.

1590. Soit que nous considérions ces instrumens relativement à leur matière, à leur manière d'agir, aux parties sur lesquelles on les applique et à leurs effets, aucun ne paroîtra plus simple ni plus doux que le lacs ; mais nul ne semblera moins utile, si l'on ne fait attention qu'aux circonstances qui exigent l'emploi de chacun d'eux ; car il n'en est peut-être pas une seule où l'on ne puisse terminer l'accouchement sans ce moyen. Son utilité dans presque toutes celles pour lesquelles nous l'avons recommandé n'est que relative, au lieu que les autres sont trop souvent d'une nécessité absolue. Nous ne ferons que retracer succintement ce que nous avons dit de l'usage du lacs, dans le cours de la seconde et de la troisième parties de cet ouvrage.

1391. Celui que nous employons quelquefois, n'est qu'un ruban de fil, de soie, ou de laine, selon qu'il se présente sous la main à l'instant où le besoin s'en manifeste. Il ne sert qu'à fixer certaines parties de l'enfant après qu'on les a dégagées de la matrice, pendant qu'on va chercher les autres; comme on le remarque aux §§. 1160, 1301, etc. ou bien à tirer sur ces mêmes parties qu'on ne sauroit tenir avec la main, ou accrocher des doigts, si ce n'est très-difficilement; ainsi qu'on l'observe encore aux §§. 1244, 1257, 1302, etc. On ne peut appliquer le lacs qu'aux pieds de l'enfant, à la main, sur les aisselles, au pli des jarrets, et des aines. Quoiqu'il soit rarement indispensable, des Praticiens y ont recours assez fréquemment dans les accouchemens contre nature: mais presque toujours l'homme instruit ne s'épargne qu'un peu de peine et d'embarras, en se servant de ce moyen.

## ARTICLE PREMIER.

### *Du forceps, et de sa manière d'agir en général.*

1392. Le nom seul de cet instrument peut donner, à ceux qui en connoissent la véritable signification, une idée générale de sa forme et de sa manière d'agir: il est d'ailleurs d'un usage si commun que nous pourrions nous dispenser d'en faire la description. C'est une espèce de pince ou de lévier, composée de deux branches parfaitement semblables; à la réserve du lieu de leur jonction où l'on remarque aujourd'hui sur l'une d'elles un pivot mobile, et sur l'autre, une ouverture propre à le recevoir (1). Composition du forceps.

1393. De cette différence vient le nom de Branche

(1) On présumera bien que nous ne parlons ici que du forceps des François, et spécialement de celui de M. *Levret*.

mâle, et celui de Branche femelle, qui servent à distinguer les deux parties du forceps : celle qui porte le pivot s'appelle Branche mâle, et l'autre Branche femelle.

Des parties du forceps. 1594. Chacune d'elles représente dans le tiers de sa longueur ou à-peu-près, une espèce de cuiller fenêtrée ou à jour, dont le bord intérieurement forme un filet en espèce de vive-arête un peu aplatie, qui pourroit en être effacé avec utilité : car si ce filet affermit un tant soit peu la prise de l'instrument sur la tete de l'enfant, quelquefois il en meurtrit les tégumens, les écrase et les déchire de manière à laisser les os à nud. Le reste des branches constitue comme la queue ou le manche de l'instrument, et l'extrémité en est terminée par un crochet mousse, long d'un pouce, et légèrement recourbé. On a déja vu le parti qu'on pouvoit tirer de ce crochet dans quelques cas particuliers, *voyez* §. 1261 ; et il deviendroit bien plus propre à l'usage que nous en avons fait dans ces mêmes cas, s'il ne décrivoit qu'un léger croissant, même un angle presque droit avec le corps de l'instrument, s'il présentoit un peu moins de largeur dans sa longueur, s'il étoit un peu plus arrondi et terminé par une sorte de bouton olivaire. (*Voyez* §. 1261.)

Auteur du forceps. 1595. L'invention du forceps n'est pas très-ancienne. Sans en assigner l'époque, nous ferons remarquer que cet instrument fut à peine connu que chaque Accoucheur s'empressa d'y faire des changemens : mais ils ne le firent pas tous avec le même succès. Si plusieurs ont travaillé réellement à sa perfection, les autres ne l'ont rendu que plus imparfait. Personne ne s'en est occupé plus utilement que *Smellie* et M. *Levret :* on pourroit même dire qu'ils en sont les auteurs, tant ils en ont changé la forme et étendu les avantages. Parmi les corrections qu'ils y ont faites, aucune ne l'emporte sans contredit sur la double courbure qu'ils y ont ajoutée : mais il seroit difficile

de prouver à qui de ces deux hommes, également célèbres, l'art doit le plus à cet égard.

1596. Le forceps anglois diffère cependant beaucoup de celui de M. *Levret*. Celui de ce dernier nous paroît plus parfait et nous offre des avantages qu'on rechercheroit vainement dans le forceps du premier. Néanmoins il y auroit encore quelques changemens à y faire : mais peut-être, et nous l'entrevoyons, en le perfectionnant d'un côté le rendoit-on plus imparfait de l'autre. Comme ce n'est pas l'instrument qui opère, mais la main qui le dirige, l'intelligence supplée facilement à ces petits défauts ; et ils nous paroîtroient plus grands que nous laisserions à ceux qui mettent quelque gloire à inventer de nouveaux instrumens, à les corriger.

1597. Quelques-uns ont fait alonger le forceps de M. *Levret* de plusieurs pouces, et d'autres en ont effacé le filet qui borde intérieurement les cuillers ; ceux-ci l'ont rendu beaucoup plus courbe sur le champ, c'est-à-dire, sur le bord, et ceux-là, en altérant la forme de ses branches, en les brisant, et en substituant un assemblage de pièces au pivot simple et unique qui les affermissoit dans leur jonction, en ont fait un instrument des plus compliqué sans le rendre plus recommandable. Si les premiers ont augmenté les avantages du forceps, en y faisant des corrections vraiment utiles, les derniers en ont rendu l'usage plus difficile et moins sûr en quelques occasions.

1598. Celui que nous préférons est de deux pouces plus long que celui de M. *Levret* : ce qui rend sa nouvelle courbure beaucoup plus douce (1). On verra dans la suite la raison qui nous porte à le choisir tel. L'expérience nous a démontré, contre les vaines. Forceps que nous adoptons.

(1) On doit entendre par nouvelle courbure du forceps, celle qui est placée sur le bord : c'est ainsi que M. *Levret* l'exprime. L'addition en longueur n'est pas de notre invention ; on la doit à M. *Péan*.

clameurs de l'ignorance, qu'il n'avoit pas plus d'inconvéniens entre des mains instruites, qu'un forceps plus court; et qu'il offroit, en plusieurs cas, des ressources qu'on ne sauroit obtenir de ce dernier.

De l'utilité du forceps.

1699. Le forceps pourroit passer pour le plus utile de tous les instrumens de chirurgie, nul autre n'ayant comme lui le double avantage de conserver à la vie plusieurs individus à la fois, sans nuire à aucun d'eux; mais par cela même, aucun autre instrument ne paroîtra peut-être plus fécond en inconvéniens. Quand il seroit prouvé, et nous ne sommes pas éloignés de le croire, qu'il a été plus funeste qu'utile à la société, qu'il a fait plus de victimes qu'il n'en a soustrait à une mort inévitable, nous ne le regarderions pas moins comme la plus importante découverte qu'on ait fait dans l'art des accouchemens. Ceux qui le regardent comme un instrument absolument dangereux et entièrement inutile, ne connoissent ni sa manière d'agir, ni les difficultés de notre art, et ne l'ont jugé sans doute que d'après l'abus qu'ils en ont fait eux-mêmes; ils ont oublié que l'instrument le plus salutaire devient souvent meurtrier entre les mains de l'ignorance et de la prévention.

L'usage du forceps a des bornes.

1600. L'usage du forceps a des bornes au-delà desquelles il devient inutile, même dangereux; et la manière de s'en servir n'est pas arbitraire. Son application est soumise à de certaines règles; et c'est de l'observation de celles-ci que dépendent les avantages qu'on doit attendre de ce moyen. Appliqué sans méthode, ou sans principes, loin d'en obtenir le bien qu'on s'en promet, il ne sert quelquefois qu'à perpétuer les obstacles, même à les augmenter dans la proportion des efforts qu'on fait pour les vaincre; et l'on ne peut, en plusieurs cas, terminer à son moyen l'accouchement que la nature auroit aisément terminé, si on ne l'eût pas contrariée.

1601. Le forceps n'avoit été proposé dans les premiers temps, que pour extraire la tête de l'enfant.

arrêtée au passage, et dans le cas seul où on la soupçonnoit enclavée : si on considère sa forme, ses dimensions et ses rapports avec toutes les autres parties du corps du fœtus, on verra qu'il ne convient en effet que dans ces sortes de cas ; mais son usage, alors trop borné, est devenu depuis un peu plus général. Indépendamment de ce que des Praticiens l'ont recommandé pour aller saisir la tête au-dessus du bassin lorsqu'elle ne peut s'y engager, d'autres l'ont prescrit pour l'extraire après la sortie du tronc, et pour dégager les fesses lorsqu'elles sont trop avancées et trop étroitement serrées pour qu'on puisse les faire sortir au moyen des doigts, ou les repousser et aller prendre les pieds.

Il est dangereux quand on l'applique sur les bas du tronc de l'enfant.

1602. Si le forceps pouvoit être compté parmi les ressources de l'Art dans ce dernier cas, il ne faudroit le regarder que comme un moyen d'opérer la sortie des fesses, mais non pas comme un moyen d'assurer la vie de l'enfant. Si on l'appliquoit alors, quels désordres ne produiroit-il pas dans l'intérieur de la poitrine et du bas-ventre ? L'extrémité de la pince, en agissant sur les côtés de ces cavités, les réduit transversalement à la largeur d'un pouce et demi ou deux pouces, si l'on serre assez étroitement les deux branches pour rencontrer le point d'appui nécessaire à l'extraction de l'enfant, comme nous nous en sommes assurés sur plusieurs petits cadavres. On fracture quelques-unes des côtes, on comprime fortement les viscères, et l'on contond le foie, très-volumineux à cette époque de la vie, lorsque l'extrémité des cuillers s'avance à cette hauteur : ce seroit en vain qu'on chercheroit à assurer la prise de l'instrument, si on le plongeoit moins avant dans le sein de la femme, et si on ne le portoit à ce point sur les côtés de l'enfant.

1603. La mort de ce dernier, si on pouvoit en avoir la certitude quand le siége est fortement engagé au passage, en nous rassurant contre le danger d'une pareille pression et des désordres qu'elle produit, ne

devroit pas même nous déterminer alors en faveur du forceps, parce qu'il existe des moyens dont l'emploi est plus simple et beaucoup plus sûr. Le forceps nous les offre lui-même dans l'extrémité de ses branches, le crochet mousse qui les termine étant on ne peut plus commode en pareil cas (1), et pouvant le devenir bien plus encore au moyen des petites corrections indiquées au §. 1594.

*Il ne doit être appliqué que sur la tête ;*

1604. Le forceps ne doit donc être appliqué que dans les vues d'extraire la tête, et ses avantages comme ses inconvéniens sont alors en raison du rapport qui existe entre les dimensions de cette partie et celles du bassin. Quand ce rapport est dans l'ordre naturel, le forceps bien dirigé ne porte aucune atteinte défavorable à la mère ni à l'enfant ; mais l'une et l'autre en reçoivent des impressions plus ou moins fortes lorsque ce rapport n'existe pas, et que la tête ne peut traverser le bassin sans éprouver une réduction considérable sur elle-même.

*De la manière d'agir du forceps.*

1605. On pense communément que le forceps ne sauroit comprimer la tête dans un sens, qu'il ne la contraigne de s'alonger dans un autre ; que ces changemens se font dans les mêmes proportions ; que la boîte du crâne n'en souffre aucune diminution, et que le cerveau n'en est que foiblement affecté. De pareils avantages rendroient le forceps bien plus recommandable encore qu'il ne l'est ; mais il s'en faut de beaucoup que ses effets soient tels. En comprimant la tête dans une direction quelconque, il ne peut la forcer de s'alonger dans une autre, ou bien

(1) D'après l'utilité que j'en ai retirée plusieurs fois en de semblables occasions, j'avois fait construire une espèce de forceps en forme de crochets, pour extraire les fesses de l'enfant arrêtées au passage. Je me proposois de le publier avec quelques changemens qui devoient le rendre propre à d'autres vues : mais je n'ai pu vaincre ma répugnance pour tout ce qui tend à accroître le nombre de nos instrumens, qui m'a toujours paru trop grand.

elle s'alonge de si peu de chose, que cela ne sauroit compenser ce qu'elle perd dans le premier sens. S'il la comprime de quatre lignes seulement, la cavité du crâne diminue presque toujours dans les mêmes proportions, et le cerveau en est singulièrement fatigué. Pour mettre ces vérités hors de doute, supposons la tête enclavée et fixée selon sa longueur entre le pubis et le sacrum de la mère, espèce d'enclavement pour laquelle on a spécialement recommandé l'usage de l'instrument dont il s'agit. D'après la manière dont la plupart des Praticiens le dirigent encore aujourd'hui, il semble qu'ils se persuadent que la tête est toujours dans cette position.

1606. Si on applique alors le forceps sur les côtés de la tête, en la comprimant d'une protubérance pariétale à l'autre, il ne la forcera certainement pas de s'alonger de l'occiput au front, puisque ces deux parties sont dans un contact très-serré avec le bassin. S'il tendoit à porter l'occiput en avant et le front en arrière, il ne feroit qu'augmenter la force de leurs points de contact avec le pubis et le sacrum, ces os ne pouvant s'éloigner du centre du bassin, et le cercle intérieur de cette cavité restant toujours le même. La tête ainsi fixée ne sauroit s'alonger d'ailleurs de sa base à son sommet, si ce n'est de bien peu de chose, le sinus de l'instrument étant de beaucoup trop étroit en en-bas pour que cet effet devienne très-remarquable, quand la disposition et la solidité des os du crâne s'y prêteroient davantage; ce qui ne peut en aucun cas compenser ce qu'elle perd dans le sens où elle est comprimée. Si le forceps appliqué de cette manière diminue l'épaisseur transversale du crâne, ce n'est donc qu'en déprimant les pariétaux, en les aplatissant, et bien plus en les faisant passer l'un sur l'autre par leur bord supérieur; ce qui ne se peut faire que la capacité de la boîte qui renferme le cerveau n'en soit rétrécie, que ce viscère n'en soit

comprimé, et que son organisation ne s'en trouve plus ou moins altérée.

Des effets de l'application du forceps.

1607. On ne doit pas argumenter des effets du forceps par ceux que la tête éprouve quelquefois en traversant naturellement un bassin dont l'entrée est resserrée, parce qu'il n'y a presque pas de parallèle à établir entre ces deux cas ; la forme de la filière qu'un pareil bassin présente à la tête n'étant pas la même que celle que lui offre le forceps, et les forces de l'Art ne pouvant jamais être aussi graduées ni aussi bien combinées que celles de la nature.

1608. Poussée pendant des heures entières par les agens naturels de l'accouchement, la tête devient insensiblement plus souple, plus molle, et acquiert, mais à la longue, les dispositions nécessaires pour se mouler à la forme du bassin. Si elle s'aplatit alors dans un sens, elle s'alonge réellement de l'autre ; la forme du crâne ne fait que changer, et sa cavité se rétrécit si peu, que le cerveau en est à peine fatigué. Nous avons reçu des enfans dont la tête paroissoit avoir perdu neuf à dix lignes de son épaisseur en traversant le détroit supérieur, et sembloit s'être alongée dans les mêmes proportions, non compris le diamètre de la tumeur qui s'étoit formée au cuir chevelu, au-devant de la fontanelle postérieure. Celle de plusieurs de ces enfans avoit au-delà de six pouces et demi, même sept pouces de longueur, du menton à la cime de la tumeur dont il s'agit, pendant que l'épaisseur, prise d'une protubérance pariétale à l'autre, n'étoit que de deux pouces et demi à trois pouces moins un quart dans les uns, et de trois pouces dans les autres (1). En bien peu d'heures après

(1) M. *Solayrès* nous fit part un jour, dans ses leçons, d'un enfant qu'il avoit reçu la veille, dont la tête, au moment de sa sortie, avoit huit pouces moins deux lignes de longueur, mesurée entre les deux premiers points indiqués, tandis qu'elle n'avoit conservé que deux pouces cinq à six lignes d'épaisseur. Le lendemain de l'accouchement, cette tête jouissoit des dimensions ordinaires.

la naissance, la tête de ces enfans reprit spontanément l'épaisseur qu'elle avoit perdue dans l'accouchement, et perdit de sa longueur ce qu'elle avoit acquis. Non-seulement la tête se déforme ainsi dans quelques cas, mais nous observons encore qu'elle se recourbe selon sa longueur en manière de croissant, de sorte qu'un de ses côtés est légèrement concave et l'autre arrondi, sans que cela porte la moindre atteinte à la vie.

1609. Bien loin que tous les enfans, obligés de traverser un bassin dont le petit diamètre est au-dessous de trois pouces d'étendue, jouissent du même bonheur que ceux dont nous venons de parler, la plupart périssent avant de naître. Dans le nombre de ceux que nous avons soumis à l'examen anatomique, les uns avoient des fractures aux os du crâne avec enfoncement des pièces fracturées; chez d'autres ces mêmes os étoient déprimés profondément sans fractures; et dans tous, le péricrâne et la dure-mère étoient détachés des pariétaux aux environs des sutures; la substance qui unit ces os étoit déchirée, ce qui dénote qu'ils s'étoient considérablement chevauchés; il y avoit des engorgemens profonds et des épanchemens dans le crâne, ainsi que sur plusieurs endroits de sa surface extérieure. Le sort de ces enfans est donc différent selon que les os qui forment le crâne ont plus ou moins de solidité, et que les sutures sont plus lâches ou plus serrées.

1610. Les effets du forceps, toujours à redouter pour l'enfant quand il existe un défaut de proportion entre sa tête et le bassin de la mère, doivent l'être plus ou moins en raison de ces différens états des os du crâne. Les Accoucheurs qui se persuadent qu'on peut diminuer sans danger le volume de la tête de six lignes et plus avec cet instrument, n'en jugent, suivant toute apparence, que d'après quelques observations semblables à celles que nous venons de citer au §. 1608, et non d'après les effets du forceps même. Ils évaluent le degré de compression que la tête

éprouve entre les serres de l'instrument, par le degré de force qu'ils emploient pour la comprimer et l'extraire, par l'écartement de l'extrémité des branches qui est au-dehors, et le degré de rapprochement qu'elles éprouvent dans l'opération ou l'étendue qu'elles parcourent pour se mettre en contact. Pour un exemple heureux que ces Praticiens allèguent en faveur de leur assertion, ils en passent peut-être dix autres sous silence, qui, quoique malheureux, auroient pu également nous instruire. Les expériences suivantes pourront nous éclairer sur le degré de réduction que la tête peut éprouver entre les serres du forceps.

1611. Ces expériences ont été répétées sur neuf enfans, morts à l'instant ou peu d'heures après leur naissance, et qui étoient d'une grosseur différente, quoique tous parfaitement à terme. Pour les rendre plus concluantes, nous fîmes en sorte de restituer à la tête de ces enfans, en la plongeant dans l'eau chaude et en la pétrissant un peu des mains, la souplesse que présente au toucher la tête des enfans vivans, et nous nous servîmes du forceps alongé dont il est parlé au §. 1598. Nous nous en procurâmes trois semblables, de la meilleure construction et de la meilleur trempe. Nous appliquâmes cet instrument selon l'épaisseur transversale de la tête, comme nous le recommandons ailleurs, et ensuite suivant la longueur du crâne, c'est-à-dire, une branche sur le milieu du front en descendant de la fontanelle à la racine du nez, et l'autre sur l'occiput, pour connoître la réduction qu'on pouvoit opérer dans ces deux directions, et ce que la tête acquéroit dans un sens, en perdant selon l'autre. Quel que soit le degré d'écartement que laissèrent entre elles les branches du forceps à leur extrémité qui se termine en crochet, toutes les fois que les cuillers furent placées sur les côtés de la tête, nous les rapprochâmes exactement, et nous les fixâmes dans cet état de contact au moyen d'un ruban, pour que la réduction de la tête ne variât

point pendant que nous mesurerions de nouveau ses dimensions, afin de les comparer a celles qu'elle avoit avant l'expérience. On ne pourra nous objecter que la tête de tous les enfans qui ont servi à ces expériences, auroit pu être réduite davantage que nous ne l'avons fait entre les serres du forceps, puisque dans toutes nous avons rapproché les branches de cet instrument jusqu'à ce qu'elles se touchassent à l'extrémité opposée à ces mêmes serres, et que les forces que nous y employâmes, tantôt avec les mains seules, et tantôt au moyen du ruban qui servoit à rapprocher et à lier ces branches, furent telles que les trois forceps d'élite que nous nous étions procurés, se trouvèrent faussés et déformés au point de ne pouvoir servir de nouveau sans être retouchés par l'ouvrier. Voici le résultat de ces expériences.

1612. La tête du premier enfant, qui étoit de trois pouces et un quart d'épaisseur d'une protubérance pariétale à l'autre, n'a pu être comprimée que de trois lignes selon cette direction; et bien loin de s'alonger du front à l'occiput, quoiqu'elle fût libre sur une table, elle perdit plus d'une ligne; et trois autres lignes, depuis le menton jusqu'au-dessus de la fontanelle postérieure. Les pariétaux se croisèrent supérieurement d'une ligne et demie, et parurent s'avancer d'autant sur le bord du coronal et de l'occipital. Cette même tête, prise du front à l'occiput, fut comprimée de huit lignes; et les branches du forceps, alors écartées d'un pouce trois quarts, ne purent être rapprochées qu'à la distance de six lignes, malgré la force que nous y employâmes. A ce degré de compression, la suture sagitale s'est ouverte, les tégumens se sont déchirés vers le milieu de cette suture, et une portion du cerveau s'est échappée.

1613. Une autre tête de la même épaisseur n'a pu être réduite que de deux lignes, et sa longueur, qui étoit de quatre pouces, n'a point variée. Prise selon cette dernière dimension, nous n'avons pu la com-

primer que de trois lignes ; et pour y parvenir, les forces que nous employâmes furent telles que l'instrument perdit quatre lignes de ses courbures, c'est-à-dire, que les cuillers, après l'expérience, offrirent quatre lignes d'écartement de plus que celui qu'elles laissent à leur extrémité.

1614. Une troisième tête de trois pouces deux lignes d'épaisseur, n'a pu être réduite que de deux lignes dans ce sens, et de cinq ensuite selon sa longueur. Ces trois têtes n'ont rien acquis en longueur pendant qu'on les comprimoit transversalement, et ne se sont pas augmentées selon cette dimension, quelle que fût la réduction qu'elles éprouvèrent du front à l'occiput.

1615. Une quatrième, de trois pouces quatre lignes d'une bosse pariétale à l'autre, mais plus molle que les précédentes, et ayant les sutures et les fontanelles plus lâches, fut comprimée de quatre lignes avec plus de facilité que la seconde et la troisième ne l'avoient été de deux seulement, et sa longueur s'en trouva plus grande d'une demi-ligne. Prise entre les serres du forceps, suivant cette dernière dimension, elle a pu être réduite de huit lignes, mais son épaisseur ne s'en augmenta pas.

1616. La cinquième tête, aussi molle que la quatrième, et ayant deux lignes d'épaisseur de moins, étant comprimée avec le même degré de force, ne perdit également que quatre lignes, et n'augmenta nullement selon sa longueur. Prise du front à l'occiput, elle perdit un demi-pouce, sans que son épaisseur en devînt plus grande.

1617. La sixième, qui étoit de l'épaisseur de trois pouces seulement, fut réduite de quatre lignes et demie, et ne s'alongea en aucune manière. Pressée dans la direction du front à l'occiput, elle put l'être de huit lignes, et son épaisseur en devint plus grande d'une ligne. Dans ce degré de réduction, la région de la fontanelle antérieure est devenue très-saillante ; et



une ouverture de six lignes, faite avec le bistouri, donna issue à l'instant à une portion de cerveau de la grosseur d'un œuf de poule.

1618. Une septième tête, de l'épaisseur de trois pouces et un quart, n'a été comprimée que de trois lignes; et une huitième, de trois pouces huit lignes, n'a pu l'être que de trois et demie (1).

1619. On peut conclure d'après ces expériences, 1°. que la réduction qu'éprouve la tête de l'enfant entre les serres du forceps, est différente à quelques égards, selon que les os du crâne présentent plus ou moins de solidité au terme de la naissance, et que les sutures, ainsi que les fontanelles, sont plus ou moins serrées; 2°. que cette réduction, en aucun cas, ne sauroit être aussi grande que des Accoucheurs l'ont annoncé, et qu'elle ira difficilement et bien rarement au-delà de quatre à cinq lignes lorsque l'instrument agira sur les côtés de la tête; 3°. qu'on ne doit jamais évaluer son étendue, d'après l'écartement des branches de l'instrument, à l'extrémité opposée à celle des serres, et le degré de rapprochement qu'on leur fait éprouver avant d'extraire la tête, ni d'après les forces qu'on emploie pour les rapprocher ainsi; 4°. enfin, que les diamètres qui croisent celui suivant lequel on comprime la tête, loin de s'augmenter dans les mêmes proportions que celui-ci diminue, ne s'augmentent pas même pour l'ordinaire d'un quart de ligne, et en deviennent quelquefois plus petits.

1620. On objectera surement qu'une tête plus volumineuse que celles des enfans dont nous venons de parler, et que nous avions prises au hasard parmi

(1) Il n'est peut-être pas indifférent d'observer que nous avions pris les dimensions de toutes ces têtes avant l'expérience, au moyen d'un compas d'épaisseur, et que nous avions marqué avec de l'encre les points où portoient les branches de cet instrument, afin de les mesurer de nouveau entre ces mêmes points, dans l'état de la plus grande réduction que nous pûmes opérer.

beaucoup d'autres, éprouvera une plus grande réduction que nous ne l'avons obtenue dans nos expériences, si l'on emploie assez de force pour rapprocher l'une contre l'autre les branches du forceps, alors plus écartées à l'extrémité qui leur sert de poignée. La réduction seroit plus considérable en effet, si la tête plus volumineuse étoit en même temps plus molle; mais par cela même qu'elle seroit plus grande, elle n'en deviendroit que plus dangereuse pour l'enfant, puisqu'elle ne peut avoir lieu en aucun cas que la capacité du crâne n'en soit diminuée à-peu-près de la même étendue. A moins que l'enfant ne soit hydrocéphale, si la tête est plus grosse que celle des enfans qui ont servi à nos expériences, elle sera généralement en même temps plus solide et bien moins susceptible d'être comprimée. Une tête de quatre pouces deux lignes d'une protubérance pariétale à l'autre, (il en existe peu d'aussi grosses au terme de la naissance), n'a pu être réduite que de deux lignes, et la force qu'on y a mise a été si grande, que l'instrument s'en est déformé, et ouvert d'un pouce à l'extrémité des cuillers.

1621. Les partisans du forceps, et nous le sommes peut-être plus que qui que ce soit, pourront objecter également que le cercle osseux que décrit le bassin vicié à travers lequel on s'efforce de faire passer la tête engagée entre les serres de l'instrument, doit agir sur ces mêmes serres, comme l'anneau qu'on fait avancer sur le corps de certaines tenailles pour en rapprocher les mâchoires, et fixer davantage ce qu'elles embrassent, puisque le forceps ainsi disposé forme une espèce d'ellipse dont le ventre est au-dessus de ce cercle osseux. L'on ne peut disconvenir de la force de cette objection : il est bien certain que la résistance du cercle osseux dont il s'agit, produiroit sur le forceps le même effet que l'anneau sur les branches de la tenaille, et en rapprocheroit les serres, si le diamètre de la tête déjà comprimée, surpassoit

encore

encore celui du bassin, et si l'on employoit assez de forces pour lui faire franchir ce canal; mais comme la pression que l'instrument exerce alors sur les parties de la femme, interposées entre le dos des cuillers et les os du bassin, est égale à celle qu'en éprouve la tête même de l'enfant sur laquelle on agit, quelles suites fâcheuses n'en doit-on pas attendre? Toutes les fois que la main ne peut réduire convenablement le diamètre de la tête au moyen du forceps, dans le cas de disproportion, cet instrument cesse d'être recommandable.

1622. S'il paroît impossible de déterminer le degré de compression absolue qu'éprouve la tête entre les serres de l'instrument, d'après l'écartement que laissent les branches de ce dernier à l'extrémité qui sert de poignée et le rapprochement qu'on leur fait éprouver, parce que cette réduction est subordonnée, comme on vient de le dire, à la solidité des os du crâne, à l'état des sutures et des fontanelles, à la manière dont la tête est prise par l'instrument, à la longueur des branches de celui-ci, à sa trempe plus ou moins forte, etc., il n'est pas moins impossible de fixer le terme au-delà duquel on ne sauroit porter cette réduction sans donner atteinte à la vie de l'enfant, ce qui seroit bien plus important à savoir; car ses effets, relativement à ce dernier, sont également différens selon ces mêmes circonstances et beaucoup d'autres encore qui peuvent naître de la durée des efforts du travail auquel il a été exposé avant l'application de l'instrument. Ce qui nous paroît certain, c'est qu'une réduction d'une étendue donnée, lorsqu'elle se fait naturellement, est moins fâcheuse qu'une pareille réduction qu'on obtiendroit avec le forceps, parce qu'elle s'opère par des gradations infinies, au lieu que la dernière se fait beaucoup plus vîte, malgré toute la lenteur avec laquelle l'Accoucheur puisse agir.

1623. Quelques Praticiens sont dans l'opinion qu'on

peut porter cette réduction bien au-delà de ce que nous l'avons fait dans nos expériences, et assurent qu'elle peut aller non-seulement à six lignes, mais encore à un pouce, même à un pouce et un quart, et qu'à ce terme elle n'est pas très-fâcheuse pour l'enfant. Ces Praticiens sont également dans l'erreur sur ces deux points, s'il existoit un instrument avec lequel il fût possible de comprimer la tête de l'étendue d'un pouce, il faudroit le rejeter comme un instrument meurtrier. Si la réduction de la tête devoit être portée à ce point pour donner la mort à l'enfant, l'on ne seroit jamais en droit d'attribuer cet accident au forceps, car il n'en est pas qui puisse la réduire d'autant. En supposant qu'il y en eût un, il ne sauroit être prescrit pour le cas où l'enfant est vivant, le but de l'Art n'étant pas moins de le conserver que de l'extraire du sein de sa mère.

1624. Pour assurer qu'on a comprimé la tête de l'enfant jusqu'à tel ou tel point sans lui donner la mort, il faudroit qu'on en eût mesuré le diamètre dans le sens où le forceps a été appliqué, avant de la comprimer, et qu'on l'eût fait de nouveau après la sortie de la tête, dans l'état de réduction où elle étoit entre les serres de cet instrument ; ce que personne n'a fait et ne fera sans doute. L'échelle de graduation que quelques-uns ont recommandé d'adapter aux branches du forceps à ce dessein, ne serviroit à faire connoître que le degré d'écartement et de rapprochement de celles-ci, et non pas la réduction de la tête. L'on ne doit donc ajouter aucune confiance à tout ce qu'on a publié sur ce point, parce que l'on n'a que des données générales et assez incertaines.

1625. En comparant le degré d'écartement qu'ont présenté les branches du forceps à leur extrémité, dans toutes nos expériences, à celui que nous avons observé dans le cours de notre pratique toutes les fois que nous avons placé cet instrument sur les côtés de la tête, les forces que nous avons employées dans l'un

et l'autre cas pour rapprocher ces mêmes branches et les mettre en contact, nous pouvons assurer que la réduction peut aller de deux à quatre lignes sans donner atteinte à la vie de l'enfant ; mais il n'est pas aisé de déterminer de combien elle peut être portée au-delà sans que la mort en soit la suite.

1626. Ces réflexions paroîtront précieuses aux personnes qui se sont déclarées ouvertement contre l'usage du forceps, et qui se sont fait un devoir de le proscrire, sous le vain prétexte de défendre la cause de l'humanité ; car, selon leurs principes, le forceps ajoutant nécessairement à l'épaisseur de la tête celle de ses deux branches qui est de trois lignes, il faut une réduction de trois lignes pour la compenser. Cette réduction, qu'on ne sauroit regarder comme exempte de toutes espèces d'inconvéniens, leur paroît donc en pure perte pour l'accouchement, puisque l'épaisseur de la tête, y compris celle de l'instrument, reste la même relativement au diamètre du bassin. Ce raisonnement seroit sans réplique, si l'on ne comprimoit la tête que de trois lignes, si la plus grande épaisseur des cuillers répondoit exactement aux protubérances pariétales, si ces protubérances ne s'engageoient pas dans la fenêtre des cuillers au point souvent de se trouver à fleur de la surface externe des jumelles, et si le plus grand diamètre du ventre de l'ellipse que décrit l'instrument ainsi chargé de la tête, correspondoit exactement au petit diamètre du bassin. Les choses se passent bien autrement que ne l'ont annoncé les détracteurs du forceps, sur-tout à l'égard de quelques-uns de ces points, quand cet instrument est dirigé par une main habile.

1627. Si le forceps conduit le plus sagement et le plus méthodiquement possible, n'est pas sans inconvéniens pour l'enfant lorsqu'il existe un défaut de proportion entre sa tête et le bassin de sa mère, à plus forte raison quand cet instrument se trouve entre les mains de ceux qui, oubliant cet axiôme, *sat citò*

*si sat benè*, imaginent que leur gloire et leur succès dépendent de la promptitude avec laquelle ils opèrent; car au lieu d'une victime, souvent ils en comptent deux, le forceps dirigé sur de pareils principes n'étant pas moins contraire à la mère qu'à l'enfant.

Des avantages qu'on peut retirer du forceps.

1628. Les avantages de cet instrument ne sont jamais plus évidens que dans le cas où il ne s'agit que d'ajouter ou de suppléer aux forces de la mère, ainsi que dans celui où l'on n'est sollicité à opérer l'accouchement que par rapport à certains accidens qui en compliquent le travail, tels que l'hémorrhagie, etc.: mais nous ne sommes pas toujours assez heureux pour n'avoir à l'employer que dans de semblables circonstances; et malgré le danger qui semble attaché à son usage en d'autres cas, nous nous croyons obligés d'y avoir recours, pour éviter des opérations dont le succès seroit encore plus douteux.

Cas où son action est mortelle pour l'enfant.

1629. Quand le bassin de la mère n'offre que trois pouces moins quelques lignes de petit diamètre, l'on ne doit pas se promettre d'amener l'enfant vivant au moyen du forceps, et l'usage en est même dangereux lorsque ce diamètre n'a que trois pouces. En ne considérant cet instrument que comme une ressource pour terminer l'accouchement, abstraction faite de l'atteinte funeste qu'il peut donner à la vie de l'enfant et aux parties de la mère, il faudroit encore mettre des bornes à son usage; car il ne convient en aucune manière lorsque la défectuosité du bassin est telle, qu'elle ne laisse pas deux pouces six à huit lignes d'ouverture. Alors, de quelque manière qu'on l'applique, il faudra compter bien moins sur la réduction qu'il opérera, que sur l'avantage qu'il procurera, comme moyen de tirer sur la tête de l'enfant, et de seconder ainsi les efforts qui tendront à l'expulser.

Cas où les Auteurs l'employoient.

1630. La plupart des Auteurs ne l'ont employé qu'autant que la tête de l'enfant étoit descendue dans le fond du bassin, ou tout au moins engagée d'un tiers, et même de la moitié de sa longueur. *Smellie*

paroît être le premier qui se soit écarté de cette règle et qui en ait fait usage dans le cas où la tête étoit encore au-dessus du détroit supérieur. Ce fut même spécialement pour ces sortes de cas qu'il fit construire un second forceps plus long que celui dont il se servoit d'abord, et qu'il y ajouta une nouvelle courbure semblable à celle du forceps de M. *Levret*. *Smellie* a connu non-seulement la possibilité de le porter aussi loin, mais encore qu'il étoit plus facile de l'appliquer alors, que quand la tête est engagée transversalement dans le détroit supérieur et fortement serrée contre le pubis et le sacrum, puisqu'il recommande de la repousser entièrement au-dessus du rebord du bassin, pour conduire ensuite plus facilement les branches de l'instrument sur les oreilles de l'enfant.

1631. *Smellie* a su apprécier en même temps les avantages et les inconvéniens qu'il y avoit d'aller saisir la tête au-dessus du bassin avec son nouveau forceps. Ayant remarqué que les derniers l'emportoient souvent sur les premiers, il résolut de ne pas le conseiller ouvertement, et de ne pas faire connoître, même à ses disciples, tout le parti qu'on pouvoit en tirer, crainte, dit-il, de les rendre trop entreprenans.

1632. Celui d'entre nous qui fait honneur à *Roederer* de l'idée d'aller saisir avec le forceps courbe une tête libre au-dessus de l'entrée du bassin, n'avoit sans doute pas lu les ouvrages de *Smellie*, qui sont antérieurs à ce que cet Auteur nous a transmis sur l'art d'accoucher ; il y auroit vu non-seulement ce que nous venons de rapporter, mais de plus qu'un nommé *Pudecomb* avoit délivré heureusement avec le forceps, dès l'année 1743, un enfant dont la tête étoit encore au-dessus du détroit supérieur. Le fait rapporté par *Roederer* (1) ne peut en outre lui être attribué : on voit clairement dans l'observation qu'il n'en est que l'éditeur.

(1) *Opuscula medica. Goettingæ*, 1763, pag. 206, obs. 1.

1633. Si M. *de Leurie* est le premier Accoucheur François, comme il l'a publié (1), qui ait porté le forceps aussi loin, il n'est pas le premier qui l'ait recommandé parmi nous, car il n'en dit rien dans l'édition de son ouvrage de 1770; et feu M. *Solayrès* (2), qui le recommandoit dans ses cours particuliers dès l'année 1769, a mis lui-même ce précepte en pratique, en présence de plusieurs de ses élèves, en 1770. J'ai employé le forceps, au moins vingt fois depuis, en de pareilles circonstances; mais le succès n'en a pas toujours été le même pour l'enfant, et ne pouvoit l'être, parce que je n'ai eu recours à cet instrument, en quelques cas, qu'après sa mort. Il paroît que M. *Coutouly*, qui a également suivi les leçons de *Solayrès*, n'a porté l'usage du forceps aussi loin que d'après les principes de cet Accoucheur.

1634. L'utilité du forceps ne se borne pas aux seuls cas où la tête présente son sommet à l'orifice de la matrice; on emploie cet instrument également en d'autres circonstances, comme celle où la face de l'enfant s'engage en premier, celle où la tête est retenue après la sortie du corps, tel qu'on le voit quelquefois dans les accouchemens où l'on amène l'enfant par les pieds. C'est encore dans les ouvrages de *Smellie* qu'on trouve les premières traces de l'usage du forceps dans ce dernier cas; et cet Auteur est tant estimé parmi nous, que nous aimons à croire que c'est par oubli, et non dans le dessein d'en affoiblir le mérite, qu'un de nos confrères a publié que *Smellie* n'avoit fait qu'indiquer alors cet instrument, et n'avoit pas décrit la manière de s'en servir (3). Nous détaillerons dans

(1) Nous ne savons pas en quelle année il a appliqué le forceps sur la tête au détroit supérieur, pour la première fois.

(2) M. *Solayres* a professé l'art des Accouchemens à Paris, depuis 1769 jusqu'en 1771 inclusivement.

(3) M. *de Leurie*.

la suite les cas où l'on doit se servir du forceps, et la manière de l'employer dans chacun d'eux.

## ARTICLE II.

*Du lévier, vulgairement appelé* de Roonhuisen.

1635. Le lévier dont on se sert encore quelquefois aujourd'hui dans la pratique des accouchemens, n'a presque rien conservé de la forme qu'il avoit reçue de *Roonhuisen* son premier Auteur, et en a, pour ainsi dire, emprunté une nouvelle de chaque main qui l'a employé.

1636. Ce n'étoit, dans le principe, qu'une lame d'acier bien trempée, longue de onze pouces ou environ, large d'un seul, et de l'épaisseur d'une ligne et demie. Elle étoit droite dans sa partie moyenne, et recourbée légèrement vers ses extrémités dans l'étendue de trois pouces et demi ou à-peu-près, ses courbures n'étant estimées qu'à un huitième de pouce de profondeur. Des emplâtres épaisses, soit de diapalme ou autre, garnissoient le revers de sa partie moyenne ainsi que le bout de chaque courbure, et le tout étoit recouvert d'une peau de chien, mince et fort douce, artistement cousue, dans les vues de modérer la pression qu'il devoit exercer dans l'opération, tant sur la tête de l'enfant que sur les parties de la mère, qui lui servoient de point d'appui. L'épaisseur du lévier ainsi recouvert étoit en quelques endroits de trois huitièmes de pouce (1).

*Forme du lévier de Roonhuisen.*

(1) Toutes ces proportions sont rapportées d'après la traduction de la Dissertation de MM. de *Vischer* et *Van-de-Poll*, qui est insérée à la fin des Œuvres de *Smellie* : celles que lui assigne M. *Camper* peuvent passer pour être les mêmes. Nous n'avons pu les vérifier sur la dissertation originale que nous avons sous les yeux, parce que nous n'entendons pas la langue hollandoise : mais nous assurons que la planche qui représente le lévier dans cette dernière, a servi de copie à toutes les autres. M. *Herbiniaux* assure que le traducteur de cette Dissertation s'est trompé sur ce qui

Lévier des François.

1637. Le lévier que les François ont substitué à celui-ci, ressemble assez bien à l'une des branches du forceps de *Palfin*, si ce n'est qu'il est plus étroit et plus alongé, et que sa courbure est bordée intérieurement d'un filet semblable à celui qui règne autour des cuillers du forceps courbe de M. *Levret.* Pour le rendre plus utile, il faudroit le courber davantage, et lui donner la moitié de sa largeur de plus, comme quelques-uns l'ont déjà proposé et fait exécuter (1).

1638. Les Hollandois avoient fait un très-grand usage du lévier avant qu'il fût connu parmi nous; c'étoit même un secret dans la famille de *Roonhuisen*, qu'on n'obtenoit qu'à force d'argent : ce ne fut qu'après la mort de *Bruyn*, l'un de ses copossesseurs, que MM. *de Vischer* et *Van-de-Poll*, qui l'achetèrent environ 5000 livres de France, le rendirent public et firent connoître la manière dont on s'en servoit, malgré la condition expresse à laquelle ils avoient souscrit de ne pas divulguer ce fameux secret.

Méthode de *Roonhuisen.*

1639. *Roonhuisen* et ses partisans ne l'appliquoient que dans le cas, disoient-ils, où la tête de l'enfant étoit enclavée, et dans cette espèce d'enclavement sur-tout où le front étoit si serré contre le sacrum et l'occiput contre le pubis, que la tête ne pouvoit être poussée par les efforts de la nature, quoiqu'il ne s'en fallût ordinairement que de la longueur d'un pouce. Ce cas, sans doute, se présentoit plus fréquemment en Hollande et dans ce temps que parmi nous et au-

---

regarde l'épaisseur des extrémités du lévier, qui n'est au plus que d'une ligne et demie, au lieu de trois huitièmes de pouce. Voyez *Herb.* édit. nouvelle, tome I, page 46, §. 37.

(1) M. *Goubelly*, M. P. en 1772.

C'est méchamment ou par ignorance, qu'un Accoucheur de Bruxelles, dont il sera parlé dans la suite, lui accorde, d'après nous, deux pouces de largeur, qui est celle de son lévier fenêtré : nous le préviendrons qu'en augmentant de la moitié de sa largeur un instrument qui n'a que onze lignes, on n'en fait pas un de deux pouces, mais de seize à dix-sept lignes.

jourd'hui, puisqu'un seul Accoucheur de la ville d'Amsterdam (*de Bryn*, mort en 1753), dit avoir délivré huit cents femmes avec cet instrument dans l'espace de quarante-deux ans (1).

1640. Si l'on nous a taxé d'avoir altéré la doctrine des premiers partisans du lévier, de celui même qui passe pour en être l'Auteur, on n'en soupçonnera surement pas le Docteur *Camper*, qui doit être très-versé dans la langue hollandoise, qui est la sienne même. Voici comment il traduit le passage de la Dissertation de MM. *de Vischer* et *Van-de-Poll*, sur ce qui concerne le cas pour lequel on avoit recours au lévier du temps de *Bryn*. « L'enfant étant naturellement placé dans la matrice, présente la tête, dit-il; » mais elle ne peut être poussée par les forces de la » nature, quoiqu'il ne s'en faille ordinairement pas » plus que la longueur d'un pouce : lorsqu'elle est » dans ces circonstances, et que la tête reste enclavée » dans le bassin, s'arrêtant sur le bord des os pubis, » et que l'on est persuadé que la nature ne peut la » faire avancer davantage, c'est alors que cet instru- » ment doit être employé. » Ailleurs : « la tête étant » descendue dans le bassin, reste avec l'occiput » contre ou sur le bord supérieur des os pubis; ce » qui est probablement l'unique cause de l'empêche- » ment...... » *Voyez* la Dissertation de M. *Camper*, déjà citée.

---

(1) Ce nombre d'accouchemens opérés par de *Bruyn*, ne prouve rien en faveur du lévier, mais seulement l'abus qu'un seul homme en a fait. Ces occasions fréquentes de l'employer pourroient servir d'argumens contre le savoir de *Bruyn*, et passer comme autant de preuves à ajouter à celles que nous établirons ci-après. Un Praticien qui assureroit avoir rencontré autant de têtes enclavées dans le même espace de temps, soit à Paris ou à Londres, villes bien plus grandes qu'Amsterdam, y fut-il seul en possession de l'exercice de l'Art des accouchemens, ne mériteroit pas plus de confiance; quoique M. *Camper* estime que le nombre en doit être porté à deux cent cinquante dans le cours de chaque année commune, dans la ville de Paris. *Voyez* la Dissertation de ce Medecin sur le lévier de *Roonhuisen*, Mém. de l'Académie de Chirurgie, tome v.

1641. Si la position de la tête et la nature de l'obstacle qui s'oppose à sa sortie, dans le cas où les Auteurs du lévier se servoient de cet instrument, ne sont pas exposées aussi clairement dans la Dissertation qui est insérée à la fin des Œuvres de *Smellie* que dans celle du Docteur *Camper* et dans notre §. 1639, on ne peut s'empêcher de croire que M. *de Vischer* et *Van-de-Poll* les ont regardées comme telles, d'après la description même qu'ils ont donnée du manuel de l'opération, comme nous le remarquerons dans les notes ci-après. En supposant la tête de l'enfant dans l'excavation du bassin, comme nous venons de le faire, l'occiput contre le pubis, c'est la considérer d'ailleurs sous le point de vue le plus favorable à l'application du lévier. Si nous démontrons qu'il ne peut en opérer l'extraction dans ce cas, il sera démontré surabondamment qu'on ne sauroit en tirer meilleur parti dans celui où la tête est encore au-dessus du détroit supérieur ; cas infiniment plus rare que le premier, quoique celui-ci le soit tellement qu'un Accoucheur instruit et de bonne foi, quelque employé qu'il eût été, n'oseroit assurer l'avoir trouvé une seule fois dans le cours de chaque année.

1642. Dans la persuasion où ils étoient que la tête de l'enfant se présentoit de la manière indiquée au §. 1639, et que le lévier ne devoit agir que sur l'occiput, les Auteurs de cet instrument l'introduisoient vers le sacrum de la mère, et assez loin pour que sa courbure embrassât le front de l'enfant, d'où ils le ramenoient sur l'occiput situé derrière le pubis, en passant par le côté du bassin où ils trouvoient le moins d'obstacles, et en allant en tâtonnant. *Titsingh*, l'un des copossesseurs du lévier, alors encore secret, l'insinuoit cependant directement sur le derrière de la tête, d'après le texte de M. *Camper* (1) ; et quelques

(1) *Voyez* M. *Camper*, Dissert. déjà citée et le désaveu de M. *Titsingh* dans une lettre adressée à M. *Herbiniaux*, Chirurgien de Bruxelles,

autres le portoient vers l'un des côtés du bassin, entre l'ischium et la tempe de l'enfant ; mais ils opéroient du reste de la même manière et selon les mêmes principes. Quand l'instrument étoit parvenu sous le pubis, ils en relevoient l'extrémité qui étoit au-dehors vers le ventre de la femme, et en tirant un peu, pour forcer l'occiput à descendre et à se dégager : le milieu de l'instrument, appuyé contre le bord inférieur de la symphyse du pubis, rouloit alors sur ce point comme sur le centre de son mouvement.

1643. Pour dispenser tous ceux qui ont lu l'ouvrage de M. *Herbiniaux* (1) et qui ne seroient pas plus instruits que cet Auteur, de nous demander avec lui dans quelle source nous avons puisé la connoissance de la méthode de *Roonhuisen*, et nous justifier des imputations injurieuses que s'est permises contre nous cet Accoucheur de Bruxelles, nous donnerons l'extrait de ce qui est inséré à la fin des Œuvres de *Smellie*, et nous nous étayerons d'ailleurs de l'autorité de M. *Camper*. « L'Accoucheur, dit l'Auteur de la » Traduction de la Dissertation de MM. *de Vischer* » et *Van-de-Poll*, porte l'index de la main gauche » dans le vagin du côté de l'anus, jusqu'au sinciput » nu de l'enfant, dont le visage, dans ce cas, est » tourné vers l'anus (2). De la main droite il prend » l'instrument..... le glisse le long de l'index de la » main gauche contre le sinciput nu de l'enfant » jusque dans l'orifice de la matrice, au cas qu'il » soit encore aussi bas ; ce qui, n'étant presque pas » possible, arrive fort rarement, parce qu'il s'est » ordinairement déjà retiré derrière la tête (3).....

---

et insérée dans l'ouvrage de ce dernier sur les accouchemens laborieux, p. 114.

(1) Cet ouvrage, imprimé à Bruxelles en 1782, a pour titre : *Traité sur divers accouchemens laborieux, et sur les polypes de la matrice.*

(2) Ceci ne prouve-t-il pas que nous étions fondé à donner à la tête la position énoncée au §. 1639 ?

(3) Il est également démontré par ceci, que les *Roonhuisen* supposoient la tête dans le fond du bassin.

» Quand l'instrument est ainsi couché avec sa partie
» concave contre le sinciput de l'enfant...., l'Accou-
» cheur tourne son instrument tantôt à droite, tantôt
» à gauche, vers le côté de la tête, en cherchant de
» quel côté il y a le plus de jour pour cet instrument,
» qui doit entourer pour ainsi dire la calotte.....
» Quand, à force de tâtonner, on a avancé l'instru-
» ment au point qu'il ait atteint l'occiput, alors en
» levant doucement le bout du dehors, on le porte si
» avant que l'occiput est couché dans sa concavité....
» Plus cette concavité est couchée fermement contre
» la tête, mieux elle s'y ajuste, plus la délivrance est
» prompte et facile (1)..... Pour l'opérer, l'Accou-
» cheur lève le dehors de l'instrument lentement et
» uniformément, sans choc ni bonds, en tirant en
» même temps et en pressant un peu...... Par ce
» mouvement, il faut que le bout concave qui entoure
» la tête soit nécessairement pressé vers le bas du
» bassin...... En continuant ainsi à lever en dehors
» et à déprimer en dedans, une partie du morceau
» droit entre les deux courbures presse contre la
» marge et le dedans de l'union des os pubis, comme
» sur son point d'appui....... Quelquefois, pour
» parvenir à faire sortir la tête, il faut faire monter
» l'instrument si haut, que le bout qui reste au-dehors
» approche tout contre le ventre de la femme. »
*Voyez* la Dissertation même à la fin du tome IV de *Smellie*, et M. *Camper*, au lieu déjà énoncé (2).

Notre jugement sur cette méthode.

1644. Si cette méthode, malgré tant d'autorités, n'est pas véritablement celle de *Roonhuisen*, du moins a-t-elle été publiée comme telle ; et c'est d'après elle

(1) Personne ne doutera, d'après cet exposé, que l'intention des partisans du lévier ne fût de l'appliquer sur l'occiput.

(2) D'après cet extrait, croira-t-on, avec M. *Herbiniaux*, que nous n'avons cherché qu'à tromper grossièrement le public dans tout ce que nous avons dit de la méthode de *Roonhuisen*, et que nous ne sommes qu'un vil imposteur.

que nous argumenterons contre le lévier, dans l'espèce d'enclavement pour laquelle on l'a spécialement recommandé. En l'examinant dans tous ses points, on cessera d'être étonné du grand nombre de femmes accouchées par *de Bruyn* au moyen du lévier ; l'on ne pourra s'empêcher d'avouer que la plupart se seroient délivrées naturellement, et qu'on auroit pu accoucher les autres plus méthodiquement et avec moins de peine.

1645. Si l'on a constamment opéré avec le lévier de la manière indiquée, l'on n'a pas rencontré une seule tête qui fût véritablement enclavée, dans le nombre des femmes qui ont été soumises à l'application de cet instrument : elle n'étoit qu'arrêtée au passage chez toutes ces femmes, et le plus souvent encore sa marche n'étoit suspendue que par une cause très-simple. Le véritable enclavement, de l'espèce décrite par *Roonhuisen*, ou ses partisans, ne permet pas de porter le plus petit instrument entre le front de l'enfant et le sacrum de la mère, ni entre l'occiput et le pubis, parce que toutes ces parties sont alors dans un contact très-serré (1). C'est cependant un lévier large d'un pouce, et de l'épaisseur de quatre lignes au moins, d'après les autorités ci-dessus (2), que *Roonhuisen* et ses partisans disent avoir insinué entre ces mêmes parties, et placé sous le pubis ; les uns après lui avoir fait parcourir plus de la moitié de la circonférence inférieure du bassin ; et les autres, le quart seulement, ou en le conduisant de suite dans ce lieu même. Ne lui accorderoit-on que le quart de l'épaisseur dont il s'agit, on

(1) *Voyez* l'article qui traite de l'enclavement.

(2) Le lévier de *Roonhuisen*, garni de peau et d'emplâtre, étoit de trois huitièmes de pouces d'épaisseur, c'est-à-dire, quatre lignes et demie, selon la traduction qui est à la fin de *Smellie*. *Voyez* le tome IV de l'ouvrage de celui-ci. En admettant avec M. *Herbiniaux* que cette épaisseur ne fut que d'une ligne et demie, l'impossibilité de faire pénétrer cet instrument, dans les lieux indiqués, n'en paroîtra pas moins démontrée.

sera également forcé de convenir que la tête n'étoit pas véritablement enclavée toutes les fois qu'il a pu pénétrer au-dessous du pubis, ou y revenir, quel que soit le lieu où on l'eût introduit. Il est vrai que tous les Auteurs ne donnent pas la même idée de l'enclavement : mais quelle que soit l'opinion qu'en aient eue les *Roonhuisen*, on ne leur supposera jamais celle qu'a osé publier le Chirurgien de Bruxelles, pour faire valoir son grand savoir dans l'art de manier le lévier. *Voyez* l'auteur même, page 204 et suiv.

Cette méthode est contraire à l'intention de la nature.

1646. Non-seulement la méthode de *Roonhuisen* est défectueuse en cela même que l'instrument doit être placé dans les lieux où se trouvent les points de contact qui constituent l'enclavement, et sans lesquels il ne sauroit essentiellement pas exister ; mais elle le paroîtra bien plus encore, si on compare la direction qu'on imprime alors à la tête, avec celle que la nature la détermine à suivre dans le temps du travail, où il ne lui reste à franchir que le détroit inférieur : car on verra de combien elle détourne la tête de cette marche salutaire, la seule qui soit parfaitement d'accord avec le rapport des parties même, et que leurs dimensions respectives puissent permettre dans ces sortes de cas. L'instrument appliqué sur l'occiput et dirigé comme on vient de le dire, déprime la tête en arrière et vers la partie basse du bassin ; maintient le menton appuyé contre la poitrine de l'enfant, et la forceroit de sortir dans cet état, en lui faisant exercer presque tous ses efforts vers l'anus et le périnée de la femme, si l'on continuoit d'agir ainsi ; de sorte que ce dernier, de l'aveu même des partisans du lévier, courroit alors les plus grands risques de se déchirer dans toute son étendue. La tête de l'enfant suit une marche bien différente dans l'accouchement qui s'opère par les seuls efforts de la nature ; et *Roonhuisen*, ainsi que quelques-uns de ses sectateurs, nous paroissent bien

moins excusables d'avoir dédaigné la prendre pour guide, que ceux qui n'ont qu'une simple routine dans notre art ; parce qu'elle ne leur étoit pas entièrement inconnue, comme à ces derniers. Nous ne pouvons retracer cette marcher plus à propos que dans ce moment. Dans l'accouchement naturel, l'occiput commence à s'engager sous l'arcade du pubis dès l'instant qu'il s'est placé vis-à-vis, et ne tarde pas à paroître à la vulve. La tête étant pressée, pour ainsi dire, entièrement de derrière en-devant eu égard au bassin, quoique la direction des forces expultrices soit absolument la même que dans le commencement du travail (1), le menton quitte dès ce moment le haut de la poitrine, et s'en écarte d'autant plus que l'occiput s'engage davantage dans les parties extérieures. Celui-ci ne fait que rouler alors sur le bord inférieur de la symphyse du pubis comme autour d'un axe ; pendant que le menton décrit, au-devant du sacrum, une ligne courbe dont la longueur est proportionnée à celle de cet os, du coccix et du périnée très-distendu. *Voyez* le mécanisme des différentes espèces d'accouchemens naturels.

1647. En imprimant à la tête de l'enfant, comme nous l'avons annoncé, une direction aussi différente de celle-ci et aussi contraire à l'intention de la nature, si le lévier a suffi pour la dégager du bassin dans tous les cas cités par *de Bruyn* et autres, ne devons-nous pas en conclure qu'elle étoit alors non-seulement d'un volume médiocre relativement à la lar-

(1) C'est le plan incliné que forment en commun la partie inférieure du sacrum, le coccix et le périnée distendu, qui détermine la tête à suivre cette direction contraire à celle des premiers temps du travail, quoique les forces expultrices soient dirigées de la même manière et qu'elles agissent constamment selon l'axe de la matrice et celui du détroit supérieur. Ces forces, en suivant cette ligne, ne sauroient tomber sur le même point de la tête dans tous les temps de sa marche, à cause des déplacemens qu'elle éprouve.

geur du détroit inférieur, mais encore que la force a tenu lieu de principes à ceux qui ont employé cet instrument ? Les parties de la mère, et la tête de l'enfant, ont souvent offert les preuves les plus convaincantes de ce que nous avançons sur ce dernier point, et personne n'en sauroit douter aujourd'hui.

1648. Il n'est pas moins démontré d'ailleurs que le lévier n'a pu suffire dans tous les cas pour extraire la tête ; nous en citerons des exemples ci-après ; et l'on seroit peut-être également fondé à soutenir qu'on n'a opéré l'extraction d'aucune par ce moyen, même dans ces circonstances où la tête ainsi que les parties de la femme, ont montré des marques évidentes des grands efforts qu'on avoit faits dans cette vue. Ceux qui comptent le plus de succès en ce genre, pourroient bien ne mériter que des reproches au lieu de toutes les louanges que l'ignorance leur a souvent prodiguées. Si la forme des courbures du lévier, ses rapports avec la convexité de la tête dans la progression de celle-ci, sa manière d'agir, soit comme lévier du premier ou du troisième genre, etc. ne suffisoient pas pour autoriser ces présomptions, elles seroient assez fondées d'après le langage même des partisans de l'instrument dont il s'agit. Il n'est, en effet, aucun de ces Praticiens qui n'ait recommandé de ne mettre le lévier en action que dans le temps où la nature s'efforce d'expulser la tête ; qui n'ait fondé son plus grand espoir sur ses efforts naturels, et qui ne convienne qu'ils acquièrent alors plus de véhémense ; qui n'ait conseillé de leur confier l'expulsion de la tête, dès qu'elle s'approche de la vulve ; de relever le plus haut possible vers le ventre de la femme, le bout du lévier qui est au-dehors, et de laisser cet instrument comme en repos (1).... Or, que peut opérer

(1) Voyez l'extrait de la Dissertation de MM. de *Vischer* et *Van-*

le

le lévier dans ce rapport avec la tête, et dans cet état de repos? Ne pourroit-on pas dire, qu'il sera plus nuisible qu'utile, et qu'il ne fera qu'ajouter de nouveaux obstacles à ceux qui s'opposent déjà à la sortie de la tête?

Opinion de M. Levret concernant le lévier.

1649. M. *Levret*, avant nous, s'étoit efforcé de faire connoître que la tête de l'enfant n'étoit point enclavée dans le cas où l'on a réussi à l'extraire par la méthode de *Roonhuisen*, et que le lévier ne convenoit nullement dans l'enclavement de l'espèce assignée par ceux qui obtinrent en premier la connoissance de cet instrument: mais peu d'accord avec ses principes, il règne à cet égard tant d'obscurité dans ses écrits qu'on y entrevoit à peine la vérité qu'il veut dévoiler. Cet Auteur, inestimable d'ailleurs, ayant parlé de l'insuffisance du lévier dans l'enclavement, accorde à cet instrument des avantages en d'autres circonstances, où ses partisans, dit-il, n'ont jamais pensé à l'employer; et il convient, après tout, qu'ils ont dû faire souvent, sans qu'ils s'en apperçussent, ce qu'il a lui-même exécuté avec connoissance de cause. On jugera, par le passage suivant, de quelle utilité seroit le lévier, si on en restreignoit l'usage aux seuls cas énoncés par M. *Levret*.

1650. Il arrive quelquefois des changemens si considérables dans la marche mécanique du travail de l'accouchement, dit ce célèbre Auteur, que la suture sagittale venant à rencontrer l'épine de l'un ou l'autre os ischium, pourra s'y enfoncer. Si elle s'y enfonce, ajoute-t-il, ce qui est presque immanquable, la tête de l'enfant se fixera pour lors obliquement dans le petit bassin qu'elle remplira entièrement, parce que le menton a quitté la poitrine. Si l'on ne peut reconnoître ce cas de bonne heure,

---

*de-Poll*; *Smellie*, tome IV; M. *Herbiniaux*, le plus grand comme le plus mauvais défenseur qu'ait eu de nos jours le lévier de *Roonhuisen*.

continue-t-il encore, et empêcher que l'épine de l'os ischium ne s'engage dans la suture sagittale, le doigt ne pouvant plus atteindre à l'obstacle ou le vaincre, on peut y substituer le lévier de *Roonhuisen*, qui réussira très-bien ; ou l'une des branches du forceps, comme il s'en étoit servi long-temps avant qu'il ne connût ce lévier, et comme il a continué de le faire depuis dans tous ces cas qui, selon M. *Levret*, sont très-communs, mais fort mal connus (1). Ils sont fort mal connus en effet, et ils doivent l'être, s'il faut admettre l'enfoncement de l'épine ischiatique dans la suture sagittale : car nous mettons en fait qu'on ne pourroit en citer un seul exemple, parce qu'il est impossible que cela se fasse comme le dit ce savant Accoucheur, même en aucun cas de mauvaise conformation du bassin. Mais ne prenons pas à la rigueur les expressions échappées à M. *Levret*, et ne voyons, dans ces sortes de cas, que celui qu'il décrit si clairement dans l'une de ses observations (2) ; ne voyons dans la posision où il représente ici la tête de l'enfant que celle que nous avons exposée au §. 1277 et suivans, et nous serons forcés de convenir avec cet Auteur, que c'est un des cas où le lévier peut être le plus utilement employé, quoiqu'il soit très-rarement indispensable.

Opinion de M. *Camper* sur l'utilité du lévier et la manière dont on s'en est servi.

1651. M. *Camper*, plus indulgent que nous, ne doute pas que la tête de l'enfant n'ait été enclavée dans tous les accouchemens opérés par *de Bruyn*, avec le lévier de *Roonhuisen* ; il s'efforce seulement de prouver que cet Accoucheur et ceux qui étoient alors en possession de ce lévier, ne l'ont pas souvent appliqué sur l'occiput conformément à leur intention, mais presque toujours sur l'angle de la mâchoire inférieure, ou sur l'un des côtés de la tête :

(1) Suite des Observations sur la cause de plusieurs Accouchemens laborieux, édit. IV, page 292 et suiv.

(2) M. *Levret*, le même Ouvrage, page 4, obs. 2.

comme il en est convaincu, dit-il, par sa propre expérience, et comme lui ont paru le dénoter les marques rouges qu'il a quelquefois observées sur ces parties, dans des cas où d'autres s'étoient servi de l'instrument. Ces marques rouges ne prouvent nullement ce que M. *Camper* prétend établir à ce sujet; elles feroient présumer au plus que la tête de l'enfant étoit située en travers dans ces cas particuliers, comme on le voit presque toujours quand elle s'arrête au milieu du bassin, et que les partisans du lévier n'ont alors agi sur l'un de ses côtés, que parce qu'ils ne connoissoient qu'une manière d'employer cet instrument, et qu'ils se persuadoient qu'il devoit être placé constamment sous le pubis, ou, selon eux, l'occiput se trouvoit presque toujours, car ils n'ont pas méconnu ces positions transversales. Ils étoient dans l'opinion, il est vrai, qu'elles se rencontroient rarement, et que le plus souvent encore on ne pouvoit les distinguer avant d'opérer: aussi recommandoient-ils d'agir avec précaution, et de bien modérer la pression que le bout du lévier exerçoit sur la tête, quand on avoit lieu de présumer que celle-ci étoit située de côté, crainte de blesser l'oreille, la joue ou l'œil, etc.

1652. L'assertion trop hasardée de M. *Camper*, ne paroît avoir de base plus solide que celle qu'il déduit de l'impossibilité de porter le lévier sur l'occiput, fortement serré contre le pubis quand la tête est enclavée. S'il pouvoit y pénétrer au point que sa courbure embrassât bien la convexité de cette région, nous ne voyons pas comment il s'en détourneroit dès l'instant qu'on feroit effort pour en élever le bout extérieur, et il seroit même difficile de concevoir qu'il pût quitter ce lieu. En accordant à *de Bruyn* qu'il eût désenclavé huit cents têtes avec cet instrument, M. *Camper* se réservoit d'en tirer une conséquence favorable à son opinion: c'est que *de Bruyn* ne pouvant alors agir sur l'occiput, a dû le

faire sur un autre endroit de la tête, c'est-à-dire, sur l'un de ses côtés, à une distance plus ou moins grande du menton. Plusieurs partisans du lévier ont été convaincus, dit-il, de tout ce qu'il avance à ce sujet, en le voyant opérer sur un cadavre, dans le temps où il étoit professeur à Amsterdam : il compte M. *Titsingh* parmi ceux qui lui avouèrent que l'instrument devoit être placé comme il le démontroit. Nous avons déjà annoncé le désaveu de ce dernier, et nous dirons deux mots de sa méthode dans la suite.

1653. M. *Camper* en s'élevant contre la méthode des *Roonhuisen*, ne s'en déclare pas moins ouvertement en faveur du lévier ; mais il veut qu'on l'emploie d'une autre manière. « Introduisez, dit-il, » toute la cavité de l'instrument, soit le long du » front, de la tempe ou dul'occiput, dans la matrice, » avec la main droite, jusqu'à ce que vous sentiez » que la cavité réponde à la convexité de la tête, » il passera alors l'oreille et se posera à côté du col, » et le bout vers le menton de l'enfant plus ou moins, » selon la grandeur de la tête ; levez alors l'autre bout, » puis appliquez la main gauche vers le milieu de la » spatule, déprimant ainsi, et tirant la tête en même- » temps en en-bas..... elle sera délivrée dans un » instant ».

Notre opinion sur la méthode de M. *Camper*.

1654. On sera frappé de l'opposition de M. *Camper* avec lui-même, si on compare ce qu'il prescrit ici avec ce qu'il combat en parlant de la méthode de ceux qui employoient le lévier avant lui ; puisque après avoir nié la possibilité de le placer sur l'occiput, qui est, dit-il, comme fortement collé contre le pubis dans le cas d'enclavement, il recommande de l'introduire dans ce même endroit, ou le long du front, qui n'est pas moins fortement pressé contre le sacrum. Ce premier point de la méthode de M. *Camper* se réfute par la doctrine même de son Auteur sur

l'enclavement ; doctrine que nous tenons pour vraie et des mieux fondée sur l'observation.

1653. En supposant que la tête de l'enfant n'eût pas été réellement enclavée dans les cas où M. *Camper* a fait usage du lévier, comme nous avons démontré, même d'après lui, qu'elle ne l'étoit pas dans ceux énoncés par *de Bruyn*, cette nouvelle manière de diriger l'instrument n'en paroîtroit pas moins défectueuse, et l'on n'en concevroit pas mieux la possibilité. Quel que soit le volume de la tête respectivement à la capacité du bassin, comment se persuader, en effet, que le bout du lévier, introduit à plat sous le pubis où répond l'occiput, puisse passer à côté du col, et aller s'appuyer vers le menton ? Comment le conduire sur ce même point, en le faisant monter le long de la tempe, même le long du front qui occupe alors le bas de la courbure du sacrum ? Pour qu'il puisse se porter au-delà de l'angle de la mâchoire inférieure vers le menton, et que la courbure de la spatule embrasse exactement la convexité de la tête, l'instrument doit être placé de champ sur l'un des côtés du bassin, et un peu obliquement de bas en haut et de devant en arrière ; il doit s'appuyer par l'un de ses bords contre le sommet de l'arcade du pubis, qui lui sert comme de fulcre pendant l'extraction de la tête, et agir seulement de l'extrémité de son autre bord sur la base de la mâchoire auprès du lieu qui est désigné. Ce n'est pas ainsi que le représente M. *Camper* : c'est la largeur du corps de l'instrument, et non le bord, qui s'appuie contre la marge inférieure de la symphyse du pubis. Or, dans ce rapport, la concavité de la spatule ne peut embrasser que la région de la tête qui est derrière cette symphyse, et son extrémité ne sauroit être auprès du menton qu'autant que ce sera l'une des régions temporales qui se trouve sous cette symphyse : il n'est personne qui ne convienne de ces vérités, tant elles sont à la portée de tout le monde.

1656. Si la méthode de M. *Camper* étoit praticable, elle ne seroit préférable à celle de *Roonhuisen* que dans un seul point : ce ne seroit que par rapport à la direction que l'instrument feroit suivre à la tête de l'enfant dans son passage à travers le détroit inférieur et le sinus des parties extérieures. Agissant comme lévier du premier genre, son extrémité appuyée sur la base de la mâchoire près le menton, entraînant celui-ci dans le cercle qu'elle doit décrire (1), il favoriseroit les efforts de la nature, qui ne tendent qu'à lui imprimer cette direction. *Voyez* §. 683 et §. 1646 : mais pour que les efforts de l'art et ceux de la nature même, agissant ainsi de concert, soient salutaires et opèrent la sortie de la tête, il est indispensable qu'elle soit assez avancée dans le bassin pour que l'occiput réponde en plein à l'arcade du pubis, et puisse s'y engager en s'élevant à l'extérieur vers le mont de Vénus, tandis que le menton parcourra, au-devant du sacrum, la ligne parabolique déjà connue. Sans cette condition, qui ne sauroit avoir lieu dans l'enclavement de l'espèce prise pour exemple d'après tous les partisans du lévier, cette marche de la tête, qui est la seule naturelle, ne peut s'effectuer. Agir du bout du lévier auprès du monton, et s'efforcer de le faire descendre avant que l'occiput ne puisse s'engager sous l'arcade du pubis, ce seroit agir contre les principes de l'art, méconnoître le mécanisme de l'enclavement, ce en quoi la tête s'est

(1) L'action du lévier du premier genre est telle, que chacune de ses extrémités décrit un arc, à contre-sens l'une de l'autre. Supposez le lévier placé sous la symphyse du pubis, dont le bord inférieur doit lui servir de point d'appui, et mettez-le en action, comme le recommandent ses partisans : en relevant l'extrémité qui est au-dehors vers le ventre de la femme, vous lui ferez décrire un arc dont la convexité regardera l'anus, et la concavité le pubis, tandis que l'extrémité cachée en décrira un autre dont la concavité sera en en-bas, et la convexité vers le devant du sacrum ; ce seroit, selon ce dernier, que le bout du lévier appliqué près le menton l'entraineroit.

déviée de sa marche ordinaire pour s'enclaver, et ne pas faire une meilleure application de la théorie des léviers.

1657. Tous les partisans du lévier, avant M. *Camper*, regardoient l'occiput comme le lieu sur lequel on devoit l'appliquer, celui qui étoit le plus propre à lui donner une prise avantageuse, celui où l'on pouvoit agir le plus fortement sans nuire à l'enfant, et vers lequel on devoit diriger les puissances de l'art pour seconder celles de la nature : ce qui s'accorde assez avec la connoissance que nous avons de la structure du crâne, du mécanisme de l'accouchement, et de celui de l'enclavement pour lequel cet instrument a été proposé. Comme ces praticiens étoient dans l'opinion que l'occiput répondoit le plus souvent au pubis, c'étoit aussi sous celui-ci qu'ils insinuoient le lévier, ou qu'ils le ramenoient après l'avoir fait pénétrer vers un autre lieu du bassin. M. *Camper*, à la réputation duquel le titre de savant Accoucheur ne sauroit rien ajouter, après avoir démontré l'impossibilité de le placer sur l'occiput, dans le cas d'enclavement de l'espèce connue des *Roonhuisen*, s'est efforcé de prouver encore qu'il ne sauroit y rester quand on y parviendroit, et que son extrémité devoit alors se porter auprès du menton, en passant à côté du col. Le même zèle qui nous a porté à discuter la doctrine de ce Médecin sur ce qui concerne ce point de l'art des accouchemens, nous fait une loi d'examiner celle de M. *Titsingh* et de M. *Herbiniaux*, avec laquelle elle a quelque rapport. Si ce n'est pas sur la mâchoire inférieure, près le menton, que ces Accoucheurs dirigent l'extrémité de la spatule, comme le dit M. *Camper* à l'égard de M. *Titsingh*, c'est au moins sur l'apophyse mastoïde qui ne s'en trouve pas fort éloignée, ou dans son voisinage, puisque l'angle de la mâchoire est bien près de cette apophyse. En supposant que ces deux méthodes ne se ressemblent

pas, le désaveu (1) que fait M. *Titsingh* de celle que lui attribue M. *Camper*, ne mériteroit quelque considération qu'autant qu'il pourroit contribuer aux progrès de l'art; que la méthode que *Titsingh* y substitue seroit plus d'accord avec les principes de cet art, et avec la connoissance même que ce praticien paroît avoir du mécanisme de l'accouchement.

1658. M. *Titsingh* établit d'abord pour certain que la tête de l'enfant descend toujours un peu naturellement de travers dans le bassin, une des tempes le long et contre le sacrum, et l'autre sous le corps de l'os pubis; qu'en descendant ainsi plus avant et plus bas dans la cavité formée par le coccix, elle se redresse doucement, la face se tournant alors en arrière vers le rectum, et l'occiput en avant pardessous le pubis; qu'enfin elle vient présenter à la vulve cette partie qu'on nomme vulgairement la Couronne. Il est également certain, dit-il, que la face se trouve obliquement en arrière, lorsque la tête reste enclavée; et c'est dans cette position où il se la représente pour l'exposition de sa manière d'employer le lévier. Nous ne formerons aucune objection contre le sentiment de M. *Titsingh*, sur ce dernier point, étant déjà parfaitement d'accord avec lui sur le premier, nous conviendrons que la tête de l'enfant peut s'arrêter à une hauteur quelconque dans la position qu'il assigne. M. *Titsingh* décrit trop bien la marche que suit la tête dans l'accouchement ordinaire pour qu'on ne s'attende pas à lui voir réunir tous ses efforts pour la lui imprimer dans le cas dont il s'agit, et favoriser jusqu'aux plus petits des mouvemens qui composent cette marche, puisque c'est en cela seul que consiste l'art. Le lieu où M.

(1) *Voyez* la lettre de M. *Titsingh*, insérée dans l'ouvrage de M. *Herbiniaux*.

*Titsingh* porte son lévier seroit celui où il faudroit le diriger, quand la tète est fixée transversalement dans le détroit supérieur, s'il pouvoit y pénètrer, si la plus grande épaisseur de cette tête avoit déjà franchi l'espace le plus resserré de ce détroit, et s'il ne s'agissoit que de la faire descendre complétement dans l'excavation du bassin : car il agiroit alors perpendiculairement à l'obstacle qui la retient, et de manière à le surmonter avec le moins de force possible. Mais qu'on se souvienne qu'il s'agit bien moins, dans tout ce que nous avons dit jusqu'ici de l'usage du lévier, de faire faire ce premier pas à la tête de l'enfant, que de l'extraire entièrement; alors on verra combien le procédé de M. *Titsingh* est peu d'accord avec ses connoissances sur le mécanisme de l'accouchement, et chacun se croira bien fondé à demander comment, avec le lévier placé sous le pubis de la femme et sur l'apophyse mastoïde de l'enfant, il pourra ramener la tête à cette marche naturelle, si bien observée et si bien décrite par ce praticien même. M. *Titsingh* paroît avoir réservé à M. *Herbiniaux* la gloire de nous en instruire (1).

1659. Si les personnalités et les injures de toutes espèces que ce dernier substitue par-tout aux principes, au raisonnement, à la démonstration et aux preuves, pouvoient en tenir lieu, il eût sans doute surpassé l'attente de M. *Titsingh*, et forcé tous ceux qu'il regarde comme les détracteurs du lévier, à ne voir dans cet instrument que le chef-d'œuvre de nos inventions; puisqu'il pourroit remplacer le forceps dans tous les cas, et procurer de grands avantages en d'autres où celui-ci n'est point applicable. Malgré le mépris dont on ne peut se défendre à la lecture de l'ouvrage de M. *Herbiniaux*, nous nous croyons

(1) *Voyez* sa Lettre déjà citée.

obligés d'en parler ; crainte que notre silence ne soit regardé, par l'Auteur même, comme un aveu de l'excellence de sa doctrine. Si la discussion que nous nous permettrons sur quelques points ne le détrompe pas, et ne lui dévoile pas son ignorance sur tout ce qui concerne l'art qu'il dégrade, et qu'il exerce néanmoins avec une sorte de vogue, elle le rendra peut-être plus circonspect à l'avenir dans le jugement qu'il pourroit encore hasarder sur les Auteurs qui semblent mériter quelques égards, au moins par la droiture de leurs sentimens ; et elle retiendra les jeunes Praticiens qui pourroient le prendre pour guide (1).

1660. Nous avons remarqué que *de Bruyn*, et plusieurs autres, convenoient qu'il étoit impossible que le bout du lévier, placé sous le pubis, ne portât, en quelques cas qu'ils croyoient extrêmement rares, sur l'un des côtés de la tête, aux environs de l'oreille ; et avec quelle douceur et quels ménagemens ils en usoient, quand ils avoient lieu de le soupçonner sur ce point. Loin de chercher à l'éviter, comme ces Praticiens, M. *Herbiniaux* met toute son industrie à le rencontrer ; c'est sur l'apophyse mastoïde, très-voisine de l'oreille, qu'il dirige son lévier ; il regarde cette apophyse comme le seul endroit où il puisse trouver une prise avantageuse ; et une contusion plus ou moins forte lui a souvent démontré, après l'issue de la tête, qu'il ne l'avoit pas cherché vainement. Nous n'eussions pas décrié cet instrument, dit-il, si nous l'avions dirigé comme lui, et sur-tout si les

(1) M. *Herbiniaux* seroit bien plus digne encore de ce mépris, s'il eût été le rédacteur de son ouvrage : l'ignorance où il est de notre langue, peut seule l'excuser d'avoir mis son nom à la tête. Nous nous persuadons même que quelqu'un jaloux de sa réputation, et plus instruit que lui dans cette langue, ne lui aura prêté sa plume que pour lui enlever jusqu'à l'estime de ses concitoyens. Nous invitons ceux qui se croiroient endroit de nous reprocher le peu de ménagement que nous avons pour lui, de lire son ouvrage, et de le juger avec plus de modération, s'ils le peuvent.

corrections qu'il y a faites nous avoient été connues; car il convient que le lévier de *Roonhuisen* étoit défectueux, peu propre au plus grand nombre de cas, et que son Auteur ne le conduisoit pas de la manière la plus avantageuse. Ce jugement, qui auroit dû rendre M. *Herbiniaux* plus avare des épithètes outrageantes qu'il prodigue à ceux qui ont écrit contre cet instrument avant la publication de son ouvrage, n'est qu'un nouveau trait d'ignorance ou de méchanceté; puisque ces auteurs ne se sont élevés que contre le lévier de *Roonhuisen* et sa méthode. D'ailleurs, M. *Herbiniaux* n'a presque rien changé à ce lévier; nous comptons pour rien l'espèce d'anneau qu'il a ajouté au bas de chaque courbure, et qu'il destine à recevoir un ruban, dont l'utilité se réduit à zéro aux yeux de l'homme instruit. C'est cependant cet anneau et ce ruban, dont on peut voir l'usage dans l'auteur même, qui transforment le lévier entre les mains du chirurgien de Bruxelles, en un instrument nouveau, qui le convertissent, au besoin, en un lévier du troisième genre, ou qui réunissent, au gré de l'opérateur, la puissance de ce dernier à celle du lévier du premier genre, et qui le rendent applicable à tant de cas, pour lesquels nous l'avons jugé inutile (1). Il ne sera donc plus

(1) Nous avons obtenu cet instrument de M. *Herbiniaux* même, par un Chirurgien de Gand. Nous n'ignorons pas que celui qu'il emploie journellement en est un peu différent, qu'il est d'argent battu, et composé de plusieurs pièces; que les spatules, dont les courbures sont calquées sur celle du premier, se montent à volonté sur un manche de même métal et d'une forme cylindrique, qui n'est pas lui-même sans utilité, puisqu'il constitue au besoin un corps de seringue très-propre, dit ce Chirurgien, à ondoyer l'enfant avant l'opération. Comme le succès de son application ne sauroit dépendre de cette espèce de luxe, nous ne ferons acception de l'un plutôt que de l'autre. M. *Herbiniaux* observe que le lévier que nous avons obtenu de Bruxelles *ayant été fait par un coutelier mal-adroit, est très-mal fait*; ce qui peut être: mais qu'importe cette imperfection qui ne change rien à la forme ni aux

question du lévier et de la méthode de *Roonhuisen*, mais du lévier et de la méthode de M. *Herbiniaux*, dans tout ce que nous dirons : peut-être ne seroit-il pas hors de notre sujet de parler aussi du fauteuil et du petit lit du même auteur., puisqu'il semble leur accorder un peu de part à ses grands succès.

1661. Nous ne suivrons pas M. *Herbiniaux* dans la route obscure qu'il s'est frayée, crainte d'y égarer le lecteur avec lui : nous nous attacherons seulement à ses premiers pas, et il suffira de les faire connoître pour éclairer le reste de sa marche. Notre intention d'ailleurs n'a pas été d'improuver complétement le lévier, mais de dévoiler son insuffisance dans plusieurs cas pour lesquels on l'avoit spécialement recommandé, puisque nous en indiquerons quelques-uns dans la suite où il peut être utile. Nous examinerons sur-tout celui que choisit M. *Herbiniaux* pour l'exposition du premier manuel, ou du manuel général de son lévier, tant parce qu'il nous paroît celui des *Roonhuisen*, que parce que c'est à ce cas même qu'il s'efforce de ramener tous les autres. Nous avouerons cependant que la position de la tête, que nous rapportons ici à celle pour laquelle les *Roonhuisen* faisoient spécialement usage du lévier, n'est pas aussi clairement exprimée par M. *Herbiniaux* que par ceux-ci ; c'est un défaut trop commun, d'ailleurs, dans son ouvrage, pour s'attacher à le relever, et ce n'est qu'à la faveur d'une pareille obscurité qu'il s'échappe par-tout. Voici le titre de la Section où cette position est énoncée : « 1°. Manuel, ou Manuel général de mon lévier dans » la position de la tête où la face répond à l'un ou » l'autre des côtés de l'os sacrum, et l'occiput à » l'arcade du pubis ». Si M. *Herbiniaux* entendoit par

---

dimensions de l'instrument. *Voyez Herb.* deuxième édit., tome II, page 275., réfut. 27.

ces mots Arcade du pubis, cette large échancrure qui est au-dessous de la symphyse, comme l'entendent tous les Accoucheurs, nous pensons qu'il conviendroit qu'une tête placée de cette manière seroit bien mal conformée, ou celle qui la verroit ainsi placée, bien mal organisée : mais il semble que l'Accoucheur de Bruxelles exprime, par ces mots, le ceintre que forme en-dedans du bassin le corps des deux os pubis : c'est en effet ce qu'il a entendu (1).

1662. Lorsqu'il est bien certain que la tête est tournée de façon que la face est en arrière, nous nous servirons par-tout de ses expressions (2), il passe deux doigts de la main gauche dans le vagin, sous l'arcade du pubis, et le bord de l'orifice de la matrice, s'il est encore assez bas, pour servir de conducteur au lévier. Il introduit sa spatule à petite courbure (3) et bien huilée, de bas en haut, et dans une direction oblique de derrière en devant, en l'avançant sur la tête de l'enfant le long de la symphyse du pubis, ou un peu à côté, jusqu'à ce que son extrémité soit parvenue vers la base de l'occiput. Il lève alors le manche de son lévier, ou il ramène son extrémité inférieure de derrière en devant, en le faisant agir en bascule sur son point d'appui, par de petits mouvemens en bonds ou en saccades; tournant obliquement à droite ou à gauche le bout de la spatule vers le côté où se trouve l'apophyse mastoïde (4), afin de chercher le point de résis-

(1) *Voyez* l'Auteur, édit. nouv. tome II, page 278, résut. 29.

(2) *Voyez* l'Auteur; page 389. §. 420, 421, 422, 423, 424.

(3) La condition énoncée, et la préférence que M. *Herbiniaux* donne à sa spatule à petite courbure, prouvent qu'il suppose la tête dans le fond du bassin, car il n'emploie cette spatule que dans ce cas. *Voyez* §. 120. de son ouvrage.

(4) Les *Roonhuisen* alloient aussi en tâtonnant pour trouver le chemin le plus libre; celui qui a bien reconnu la position de la tête ne tâtonne pas; il connoît le but où il doit aller, il y va droit : ce tâtonnage prouve qu'on ne sait pas ce que l'on fait.

tance du lévier vers la base de cette apophyse (1). Lorsqu'il croit être arrivé au point qu'il cherche, il fait une épreuve d'attraction sur la tête (2), tenant d'une main le manche élevé pour que l'instrument agisse en bascule sur son point d'appui, tandis que de l'autre main il tire sur le cordon vers l'anus de la femme (3). Au moyen de cette épreuve d'attraction, M. *Herbiniaux* trouve dans son lévier une résistance qui continue, dit-il, à la première douleur, et qui se soutient à chaque fois qu'on opère dans les douleurs suivantes, si l'extrémité de la spatule a passé l'apophyse mastoïde. Quand il ne sent pas cette résistance, il porte son instrument du côté où il a trouvé le plus de solidité, et il cherche jusqu'à ce qu'il tiennent bien comme il faut. Cet Accoucheur observe que les petits mouvemens en saccades qu'il fait avec le manche du lévier, et l'attraction qu'il exerce sur la spatule au moyen du cordon, suffisent pour diriger la face de l'enfant plus de côté et vers celui où elle étoit déjà inclinée (4), à moins que la tête ne fût extrêmement serrée de toutes parts entre les os du bassin; ce qu'il croit ne devoir jamais arriver : de sorte qu'après ces pre-

(1) Il n'y a pas d'étudiant qui ne sache que l'apophyse mastoïde n'existe pas chez le fœtus; ou qu'elle n'est pas assez saillante pour que le bout de la spatule puisse s'y accrocher.

(2) Cette épreuve d'attraction annonce encore qu'on ne sait ce que l'on fait.

(3) Le point d'appui de l'instrument est spécialement contre le bord inférieur de la symphyse du pubis; et le cordon est celui dont nous avons parlé au §. 1660. Une cordelette, contournée sur l'une des extrémités du lévier de *Roonhuisen*, et qu'on y voit encore gravée, semble en avoir donné la première idée. L'usage qu'en fait M. *Herbiniaux*, est celui que M. *Levret*, dont il devroit se glorifier d'avoir été élève, présumoit qu'en faisoient les *Roonhuisen*.

(4) C'est un grand défaut, qui prouveroit seul que M. *Herbiniaux* agit sans méthode : car il n'y a pas de méthode à mal faire; rien ne dénote davantage l'ignorance où l'on est touchant le mécanisme de l'accouchement.

mières manœuvres, continue-t-il, l'apophyse mastoïde qu'on a saisie se trouve sous la symphyse du pubis, et n'est plus du tout difficile à bien tenir avec l'extrémité de la spatule; et le lévier, qui par-là reprend une ligne directe avec le corps de la femme, en acquiert un degré de force plus considérable pour l'extraction de la tête (1).

1663. Avant de passer à la manière dont M. *Herbiniaux* procède à l'extraction de la tête, nous nous arrêterons un instant sur ce premier point de son manuel, quoiqu'il ne semble pas d'une bien grande importance, puisqu'il ne s'agit que de l'application de l'instrument. Nous ne lui objecterons pas l'impossibilité d'introduire son lévier sous le pubis, dans le cas énoncé, comme nous l'avons fait à l'occasion de la méthode de *Roonhuisen* : il a prévenu nos objections à cet égard, en se déclarant d'une opinion contraire à celle de tous les Accoucheurs sur le véritable enclavement, et en s'en formant une qui pût s'accorder avec sa manière d'agir. Selon ce chirurgien, les mots enclavé et engagé sont synonymes (2): il regarde comme enclavées toutes têtes qui se sont introduites dans le bassin, quel que soit le degré de compression qu'elles y éprouvent, ou la mobilité qu'elles y conservent. La tête qui est complétement enclavée est celle dont le casque a déjà franchi complétement le détroit supérieur; la tête qui n'est enclavée qu'incomplétement est celle qui n'est descendue qu'en partie, etc. Avec de pareils principes, point d'obstacles à l'introduction du lévier, et l'usage de cet instrument peut être porté très-loin. Si le mot engagé et le mot enclavé sont synonymes, les Accoucheurs ne les ont certainement pas employés dans

(1) On verra ci-après que ce degré de force est superflu, puisqu'on n'en exerce aucune avec le lévier pour l'extraction proprement dite de la tête.

(2) *Voyez* l'Auteur, page 207 et suiv.

la même acception, mais pour exprimer deux états différens, quoique la tête fût engagée dans l'un et l'autre. Si la tête, qui est véritablement enclavée, est engagée dans le bassin, puisque son enclavement ne sauroit avoir lieu sans cela, celle qui est engagée n'est pas toujours enclavée. Toutes celles qui franchissent le canal du bassin, quelle que soit la rapidité ou la lenteur de leur marche, s'y engagent; mais celles qui s'y enclavent ne le traversent pas, si l'art ne vient au secours de la nature. Le nombre de celles-ci est très-petit, et le nombre de celles-là si grand, qu'on ne peut établir aucun rapport entre elles. Une tête enclavée est immobile, et retenue par deux points de sa surface, au moins diamétralement opposés: elle ne peut retourner sur son axe. *Voyez* enclavement, §. 1708. Celle que M. *Herbiniaux* se propose d'extraire avec son lévier, quoique très-engagée, est mobile, et roule aisément dans le bassin : c'est de cette grande mobilité même que naît le défaut le plus essentiel de la partie du manuel que nous avons déjà exposée, puisque sans elle on ne pourroit tourner la face de l'enfant de côté, et ramener l'apophyse mastoïde sous le pubis, au moyen des petites saccades et du tâtonnage, qui paroissent nécessaires pour bien placer le lévier. Il faut ignorer jusqu'aux premières lois de l'accouchement, jusqu'aux notions qu'en ont les élèves les moins instruits, pour trouver un avantage dans ce changement de direction de la tête, lorsqu'il ne lui reste à franchir que le détroit inférieur; il faut craindre bien peu de se montrer en contradiction avec soi-même : car M. *Herbiniaux* conviendra bientôt que cette position transversale qu'il fait prendre à la tête, en insinuant et en plaçant son lévier, n'est pas celle qui lui convient pour traverser le détroit dont il s'agit (1), quoiqu'il s'efforce

(1) *Voyez* l'Auteur, §. 308, 309, 428.

d'insinuer

d'insinuer dans un autre lieu qu'elle est la meilleure (1). Si des faits pouvoient quelque chose de plus que le raisonnement sur l'homme aveuglé par la prévention ; nous n'en manquerions pas pour démontrer au Chirurgien de Bruxelles ; que le plus grand obstacle qui s'oppose, en bien des cas, à la sortie de la tête, ne vient que de cette position transversale, et que cet obstacle même peut avoir lieu dans le bassin le mieux conformé : nous ne serions embarrassés que dans le choix de ces faits, que nous puiserions jusque dans l'ouvrage de M. *Herbiniaux*. Bientôt nous allons voir la nature aux prises avec lui ; déployer toutes ses forces pour rétablir la tête dans sa position primitive, et porter l'occiput sous le pubis ; malgré la résistance que lui oppose ce Chirurgien, en doublant la puissance de son lévier qu'il fait agir alors comme lévier du premier genre ; et comme lévier du troisième genre tout-à-la-fois. C'est de sa manière de procéder à l'extraction de la tête que doivent sortir ces traits de lumière.

1664. Il faut attendre, dit-il, pour extraire la tête, que l'action du lévier soit secondée par les contractions expulsives de la matrice ; c'est pourquoi il attend qu'il vienne une petite douleur ; et dès qu'il en est averti ; il commence à vaciller son lévier (2) sur son point d'appui (3), en continuant aussi longtemps que dure cette douleur. Pour achever l'extraction, il lève d'une main le manche du lévier par de petits mouvemens en bonds, et il redouble en même temps le mouvement d'attraction au moyen du cordon qu'il tient de l'autre main ; et par-là, continue-t-il, il attire le lévier vers le bas ; ainsi que la tête.

(1) Voyez M. *Herbiniaux*, page 378, à la fin du §. 405.

(2) Il est alors placé sur l'apophyse mastoïde qui répond à la symphyse du pubis.

(3) Ce point d'appui est au bord inférieur de la symphyse du pubis.

Les douleurs de la femme, qui n'étoient pas expulsives auparavant, le deviennent tellement dès qu'on commence à opérer de cette manière, que les forces de la matrice augmentent du double et même du triple, ajoute-t-il; ce qui l'engage à leur confier l'expulsion de la tête, quand elle est entièrement parvenue dans le bassin, à moins que des causes imprévues ne l'obligent à l'extraire précipitamment.

1663. Nous n'abuserons pas de la patience du lecteur en lui démontrant ici que M. *Herbiniaux* n'a rien fait encore, ou presque rien fait pour l'extraction de la tête, et qu'il ne fera rien de plus, si des circonstances imprévues ne l'obligent à continuer; puisqu'il est dans l'usage d'en confier l'expulsion aux soins de la nature, dans la crainte de déchirer la fourchette, en faisant passer à la fois cette tête et l'instrument à travers la vulve. S'il en abandonne l'expulsion aux efforts naturels de l'accouchement, aussi-tôt qu'elle est entièrement descendue dans le petit bassin, il n'en fait donc pas l'extraction; s'il cesse d'agir avec le lévier quand la tête est parvenue à ce point, qu'a-t-il donc fait avec cet instrument? n'occupoit-elle pas l'excavation du petit bassin, avant qu'il ne fût appliqué? Si M. *Herbiniaux* ne peut disconvenir qu'elle n'y fût engagée (2), pourquoi tous ces petits mouvemens en bonds, ces petits mouvemens de bascule de la part du lévier sur son point d'appui? pourquoi redoubler celui d'attraction au moyen du cordon attaché à la spatule, et réunir, dans un cas aussi simple, la puissance du lévier du troisième genre à celle du lévier du premier genre? En supposant que la tête fût un peu moins avancée que nous ne l'accordons à M. *Her-*

(1) Ce paragraphe ne contient, pour ainsi dire, que les expressions de l'Auteur. *Voyez* son ouvrage, page 392, §. 425, 426 et 427.

(2) *Voyez* les notes du §. 1662.

*biniaux*, et qu'elle ne fût pas encore complétement dans le fond du bassin, il n'en seroit pas moins démontré que ce Chirurgien n'auroit rien fait pour son extraction. Il convient, 1°. qu'elle roule aisément sous la spatule du lévier, et que les petits mouvemens en bonds et en saccades qu'il fait en cherchant l'apophyse mastoïde, suffisent d'ordinaire, pour tourner la face de côté; et c'est en cela même que nous avons déjà trouvé que sa méthode étoit défectueuse; 2°. que l'action du lévier augmente du double et même du triple les forces expultrices de la matrice, etc. Or, comment concevoir qu'une tête aussi peu serrée dans le détroit supérieur s'y arrêtera, quel que soit l'état des forces qui tendent à la pousser en avant, puisqu'elle doit passer d'un lieu étroit dans un plus large? Si les forces augmentées par la présence du lévier suffisent pour l'expulsion de la tête, après ce premier pas qui la porte dans le fond du bassin, pourquoi ne lui feroient-elles pas faire ce même pas? Nous sommes pleinement persuadés que le lévier y a peu de part, et qu'il n'est entre les mains de son auteur qu'un moyen d'agacer la matrice et de l'inviter à se contracter avec plus d'énergie; comme nous l'agaçons quelquefois du bout du doigt porté sous le bord de l'orifice, et d'une main placée sur le ventre de la femme. Le Chirurgien de Bruxelles convient que cette augmentation de forces expultrices suit de près l'application de son lévier, et qu'il leur confie l'expulsion de la tête, à moins que des circonstances imprévues ne l'en détournent. Quand ces circonstances se présentent, que fait-il?

1666. Si elles obligeoient d'achever précipitamment l'extraction de la tête, on pourroit, dit-il, s'en tenir à l'ancienne méthode, en évitant toutefois de déchirer la fourchette. Quoique cette ancienne méthode soit déjà connue et discutée, nous la retracerons, puisque M. *Herbiniaux*, qui nous a taxé d'im-

posture sur tout ce qui y a rapport, juge à propos de la trouver bonne. Il faut, selon lui, retirer d'une main le lévier par le haut de la vulve, autant qu'il est possible, sans laisser échapper sa prise : ce qui se fait en appuyant la paume de l'autre main contre l'anus et le périnée de la femme, afin d'élever l'occiput vers l'échancrure formée par les branches des os pubis. Alors le manche du lévier remonte au-dessus du mont de Vénus, vers le bas-ventre, à une hauteur surprenante, avant que le menton ne passe la fourchette....

1667. Nous avons démontré, en examinant cette ancienne méthode, qui est celle de *Roonhuisen*, que la tête étoit expulsée, et non pas amenée dehors au moyen du lévier ; et nous serions bien mieux fondés à l'objecter à M. *Herbiniaux*, à lui qui nous apprend que les forces de la matrice, peu expultrices avant l'application de cet instrument, le deviennent tellement qu'elles augmentent du double et même du triple : mais gardons le silence sur ce point, pour ne pas nous répéter. L'on a vu que M. *Herbiniaux* comptoit pour un des grands avantages de sa méthode, la facilité qu'il éprouvoit à mettre la face de côté et à ramener l'apophyse mastoïde sous la symphyse du pubis, en introduisant son lévier ; que c'étoit sur cette apophyse même où il devoit être placé. Quoiqu'il ait publié que cette position transversale de la tête ne s'accommodoit pas si mal au détroit inférieur, puisque le grand diamètre du crâne répondoit alors au plus grand de ce détroit, et qu'il ne voyoit pas pourquoi on s'obstinoit à la changer, et à ramener l'occiput sous le pubis, il se conduit cependant ici très-différemment, et le reproche qu'il nous fait d'exposer la vie de l'enfant en lui tordant le cou, toutes les fois que nous ramenons l'occiput à ce point au moyen du forceps (1), ne sauroit le retenir, et

(1) Voyez M. *Herbiniaux*, page 378, à la fin du §. 405.

l'empêcher de nous imiter. S'il ne dirige pas l'extrémité occipitale de la tête sous l'échancrure formée par les branches des os pubis, au moyen de son lévier, comme nous le faisons avec le forceps, et bien plus souvent avec le doigt seul, au moins ne s'oppose-t-il pas de plein gré au mouvement de pivot par lequel elle revient à cette bonne position. Il ne s'y oppose pas de plein gré, nous ne lui prêtons pas cette intention qui seroit aussi condamnable que sa méthode, mais il rend ce mouvement plus difficile, en agissant du bout de l'instrument sur la région de l'apophyse mastoïde, qu'il a ramenée derrière la symphyse du pubis même : car le lévier placé et mis en action, comme le recommande ce Chirurgien, ne tend directement qu'à maintenir la tête dans cette situation transversale. Si l'occiput revient en-dessus, malgré les obstacles que lui oppose inévitablement cet instrument, admirez donc la nature, M. *Herbiniaux*, étudiez-la davantage, et voyez comment elle déploie le reste de ses forces pour vaincre les difficultés qui naissent du passage même, et celles que vous y ajoutez avec votre lévier. Puisque son but est de porter l'occiput sous l'échancrure que forment les os pubis, ne l'en détournez plus, comme vous le faites en appliquant cet instrument, et ne vous opposez plus à ce qu'il y revienne, dans le temps où vous croyez procéder à l'extraction de la tête.

1668. Ce n'est pas seulement en cela que M. *Herbiniaux* est en contradiction avec lui-même, avec la nature et tous les bons auteurs, il l'est encore à bien d'autres égards ; et indépendamment de tout ce que nous venons de dire, on pourroit lui démontrer qu'il ne sauroit opérer l'extraction de la tête, par la méthode qu'il adopte. Dans cette ancienne méthode, tant de fois combattue et rejetée par M. *Herbiniaux* lui-même, le lévier placé sous le pubis, étoit appliqué sur l'occiput de l'enfant, comme il doit l'être,

nécessairement dans le cas où des circonstances imprévues l'obligent à achever précipitamment l'accouchement ; puisqu'il dit positivement que l'occiput s'engage alors dans l'échancrure que forment les branches des os pubis, et qu'il relève son lévier à une hauteur surprenante vers le ventre de la femme. Comment accorder au Chirurgien de Bruxelles ce qu'il refuse au Chirurgien d'Amsterdam ? A l'instrument de M. *Herbiniaux*, qui ne diffère pas essentiellement de celui de *Roonhuisen*, ce que ne peut opérer ce dernier ? M. *Camper* a eu raison, dit-il, de publier que pour l'employer avec succès on ne devoit pas l'appliquer sur l'occiput, comme l'avoient enseigné MM. *de Vischer* et *Van-de-Poll* ; et il a constamment observé qu'il glisse et abandonne sa prise au moindre mouvement d'attraction que l'on fait, s'il n'est appliqué sous l'apophyse mastoïde, ou bien entre cette apophyse et la protubérance occipitale (1). Que M. *Herbiniaux* nous apprenne donc comment il agit sur ce point, dans le moment où la tête traverse le détroit inférieur, dans celui où l'occiput s'engage sous l'arcade du pubis, ou qu'il convienne que tous les efforts qu'il a faits jusqu'alors, ceux qu'il continue d'exercer sur-tout, ne sauroient passer pour des efforts salutaires qu'aux yeux de l'ignorant. Le second et le troisième manuels, qu'il ne donne que comme autant d'additions à celui que nous venons d'analyser, bien loin de dissiper les doutes que nous avons élevés sur le savoir de cet Auteur, ne font que leur prêter un nouveau degré de force : les praticiens qui méditeront bien son ouvrage trouveront peut-être que nous le traitons avec trop d'avantage encore.

1669. M. *Herbiniaux* (2) met au nombre des accouchemens contre nature, celui où la face de l'en-

(1) *Voyez* M. *Herbiniaux*, pages 85 et suiv.

(2) Page 399.

fant est tournée vers l'arcade du pubis, et l'occiput vers l'une des parties latérales de l'os sacrum; parce que la tête est alors plus exposée, dit-il, à s'arrêter par sa base dans le détroit supérieur : ce qui n'est bien clair que pour ce Praticien. Pour remédier à cet accident, il observe de quel côté du bassin la face est déjà tournée, afin de la tourner un peu plus encore de ce même côté, et d'amener l'apophyse mastoïde vers l'arcade du pubis. Pour opérer ce déplacement, il se sert d'un lévier fenêtré, qui a plus de longueur et de largeur que ses spatules ordinaires, et il le porte sur la tempe de l'enfant, d'où il le fait avancer vers les parties latérale et postérieure de la mâchoire inférieure, en allant comme en cernant la tête. La face étant mise de côté, il emploie sa spatule, et l'applique sur l'apophyse mastoïde pour extraire la tête comme dans le cas précédent, c'est-à-dire, pour être témoin de nouveau, que malgré ses efforts, la nature trouvera en elle assez de ressources pour l'expulser : car nous ne saurions répéter trop souvent, pour l'instruction de M. *Herbiniaux*, pour le salut des femmes et des enfans qui lui sont confiés, pour l'honneur de l'art enfin, que le lévier placé sous le pubis et sur l'apophyse mastoïde, ne peut opérer l'extraction de la tête, comme il n'a pu contribuer en rien à ramener l'occiput vis-à-vis l'échancrure que nous appelons Arcade du pubis, où il se présente dans ce dernier temps de l'accouchement; puisque son action ne tend qu'à la maintenir dans la position transversale qu'on lui a déjà donnée à son moyen, soit qu'on le fasse agir comme lévier du premier ou du troisième genre, ou qu'il réunisse la puissance des deux.

1670. Le troisième manuel, considéré en ce qu'il offre de particulier, paroîtra bien plus simple que le premier, dont il n'est qu'une addition, et même que le second, parce que la position où se trouve alors

la tête est la plus favorable à l'application du lévier, selon les principes de M. *Herbiniaux :* la face répondant à l'un des côtés du bassin, et l'apophyse mastoïde sur laquelle doit être placé l'instrument étant située derrière la symphyse du pubis (1). Cette position a tant de rapport avec celle qui fait le sujet du premier manuel, continue ce Chirurgien, qu'il n'en donneroit pas un particulier, si l'on n'étoit dans l'habitude en France de regarder ce cas comme bien plus vicieux que tout autre, lorsqu'il s'agit de faire usage des instrumens : mais il le donne pour faire voir que l'usage de son lévier est aussi facile et d'un succès aussi sûr, que celui du forceps est dangereux et incertain. C'est à l'expérience qu'il faut en appeler : si l'on n'écoute que sa voix, l'on ne pourra se défendre d'un sentiment bien différent encore de celui que nous avons exprimé ci-devant pour l'auteur du livre dont nous sommes forcés de parler. Si le cas dont il s'agit n'est pas le plus simple de tous ceux qui admettent l'application du forceps, nous assurons qu'il ne nous a jamais donné le moindre embarras ni la moindre inquiétude, lorsque le bassin de la femme et la tête de l'enfant étoient dans le rapport de dimensions, qu'on ne peut se refuser d'admettre dans tous les cas où M. *Herbiniaux* assure avoir fait usage de son lévier avec succès : plus de quatre cents personnes pourroient en rendre bon témoignage. Si cette caution ne suffit au Chirurgien de Bruxelles, nous nous flattons qu'elle sera de quelque valeur aux yeux de ceux que ses vaines déclamations contre nos principes auroient pu intimider. Nous espérons lui prouver que le forceps a opéré en pareil cas ce que n'avoit pu faire le lévier.

1671. Nous avons démontré surabondamment que le lévier placé sous la symphyse du pubis, et appliqué

(1) Page 402.

sur l'apophyse mastoïde qui y répond naturellement dans le cas dont il s'agit, ne pouvoit que maintenir la tête dans sa situation transversale à l'égard du détroit inférieur; que cette position étoit si peu favorable à l'issue de l'enfant, que rien ne pouvoit s'y opposer plus fortement en bien des occasions, et que souvent toutes les difficultés de l'accouchement en dépendoient exclusivement; qu'elle étoit si peu conforme au rapport des parties, et tellement contraire au vœu de la nature, qu'il avoit suffi mille fois de la changer pour mettre la femme dans le cas de se délivrer avec autant de facilité que de promptitude; et qu'on avoit vu ce déplacement s'opérer sous la main de M. *Herbiniaux*, armée du lévier, nonobstant les efforts qui ne tendoient qu'à s'y opposer. Pourquoi d'autres preuves, après tant de sages leçons, dont quelques-unes sont données par la nature même? Moins coupable dans le cas qui fait le sujet de son troisième manuel, que dans les précédens, ce Chirurgien n'en paroîtra pas plus instruit. La tête de l'enfant, dans celui qui fait le sujet du premier manuel, déjà parvenue dans le bassin et placée favorablement, après avoir changé de direction sous le lévier, en s'éloignant de celle qui lui convient pour sortir, est rappelée à cette bonne position, malgré la résistance qu'il y apporte. Dans celui dont il s'agit, située naturellement en travers, si l'Accoucheur de Bruxelles n'a contribué en rien à cette position défavorable, il ne fait rien qui ne puisse la conserver telle; et contre ce procédé défectueux qu'on qualifie du nom de méthode, la nature sait encore triompher de tous les obstacles; la tête roule sous le lévier, l'occiput se porte sous le pubis, et elle franchit le passage: ce qui prouve qu'elle est peu volumineuse relativement au bassin, et qu'elle y jouit d'une mobilité ordinaire, au moins chez la plupart des femmes qui se délivrent seules.

1672. Les *Roonhuisen* ne se comportoient pas au-

trement que M. *Herbiniaux*, quand la tête de l'enfant étoit située transversalement : comme lui ils insinuoient le lévier sous la symphyse du pubis, et l'appliquoient sur un des côtés de la tête (1) : s'ils n'en dirigeoient pas l'extrémité sur l'apophyse mastoïde, du moins s'en approchoit-elle, puisqu'ils craignoient de blesser l'oreille. Comme M. *Herbiniaux*, les *Roonhuisen*, quoique plus timides, ont eu des succès, mais de ces succès dont nous ne saurions les glorifier : comme ce Chirurgien, ils ont aussi rencontré des cas où leurs principes se sont trouvés en défaut, et contre lesquels leur prétendue méthode a échoué : mais plus modestes que lui, ils les ont avoués, tandis qu'il garde le silence (2) : ils agissoient alors avec ménagement, et leur lévier n'avoit que la puissance de celui du premier genre, tandis qu'il le fait avec d'autant plus de force, qu'il considère l'apophyse mastoïde comme le lieu le plus propre à supporter de grands efforts, et que son lévier réunit la puissance de deux ; car il s'en sert alors comme lévier du premier et du troisième genres tout à la fois.

1673. L'on ne pourra se persuader que M. *Herbiniaux* amène la tête de l'enfant au dehors, en lui conservant la position transversale où elle est dans le cas de son troisième manuel, quoiqu'il dise ailleurs que cette position ne s'accommode pas si mal à la forme du détroit inférieur, et qu'il ne voit pas pourquoi l'on se met en peine de la changer (3) : car il annonce positivement qu'elle vient comme dans le cas de son premier manuel. Or, si l'occiput placé de côté revient sous le pubis, comme dans ce dernier cas, ne seroit-on pas fondé à adresser au Chirurgien de

(1) *Voyez Smellie*, tome IV : extrait de la Dissertation de M. *de Visscher* et *Van-de-Poll*, page 18.

(2) Nous garderons le silence sur les faits de M. *Herbiniaux*, pour ne pas l'indisposer contre les personnes qui nous les ont communiqués.

(3) M. *Herbiniaux*, page 378, à la fin du §. 405.

Bruxelles le reproche qu'il nous fait d'exposer la vie de l'enfant en roulant la tête de cette manière au moyen du forceps (1)? Ce reproche ne seroit-il pas encore mieux mérité à l'occasion de la position qui fait le sujet du second manuel, et dans laquelle la face se trouve sous l'arcade du pubis; puisque l'occiput répond alors à l'une des parties latérales du sacrum, et ne peut venir sous l'échancrure formée par la branche des os pubis, qu'en parcourant au moins le tiers de la circonférence intérieure du bassin; ce qui imprime au col un mouvement de torsion bien plus considérable que dans la circonstance précédente ? Nous avons prévenu l'imputation qu'on pourroit faire à cet égard à M. *Herbiniaux*, en démontrant que le lévier dirigé selon ses principes, loin d'opérer ce mouvement de rotation, ne tendoit qu'à s'y opposer : si nous nous étions trompé, il conviendroit au moins que la torsion du col, qui est inséparable de ce mouvement, n'est pas dangereuse, et ne sauroit exposer la vie de l'enfant, puisqu'il en a obtenu de vivans. Pour le rassurer davantage contre la crainte qu'il en a, et qu'il s'efforce d'inspirer en nous calomniant mal-adroitement, nous le renverrons de nouveau à quelques-uns des principes qu'il admet, et que nous tenons pour bons. Ne convient-il pas, en plusieurs endroits de son ouvrage, que la tête de l'enfant, dans l'accouchement le plus ordinaire, descend un peu de côté, c'est-à-dire, une tempe derrière le pubis, et l'autre vers le sacrum; que l'occiput se porte ensuite sous l'échancrure que nous appelons Arcade des os pubis, pour offrir à la vulve cette partie que l'on nomme vulgairement la Couronne? Or, pour que l'occiput placé d'abord de côté, revienne ainsi en-devant, il faut nécessairement que la tête décrive un mouvement de rotation qui est suivi

(1) M. *Herbiniaux*, page 378.

de la torsion du col; d'où il suit que le plus grand nombre des enfans périroient au passage, si ce mouvement étoit aussi dangereux qu'il veut bien se le persuader; car ceux dont la tête roule à ce point sur son axe, sont peut-être, à l'égard de ceux dont elle ne roule pas, comme mille ou quinze cents sont à un.

*1674. Ce n'est pas seulement en ce que le mouvement de rotation de la tête dans l'excavation du bassin, expose la vie de l'enfant, que M. *Herbiniaux* trouve défectueux le procédé que nous prescrivons pour l'extraire, quand elle est située transversalement, mais encore en ce que cette position lui paroît meilleure que celle que nous y substituons. « Je ne vois pas » pourquoi il veut (parlant de moi) qu'on tourne » la tête de la sorte, dit-il, puisque s'il ose la serrer » assez pour la faire tourner, il ne faudroit pas sans » doute plus de force pour l'extraire dans sa première » position, puisque le diamètre de la face à l'occiput » étant le plus grand des diamètres transversaux de la » tête, il ne s'accommode pas si mal à celui du » détroit qui va d'un os iléon à l'autre (1) dia- » mètre, qui augmente encore quand la tête y est » engagée » (2). Ne prévenons pas le jugement de nos lecteurs sur ce point: demandons seulement à M. *Herbiniaux* pourquoi la tête est revenue d'elle-même à cette position, qu'il regarde tantôt comme la plus naturelle et la meilleure, et tantôt comme fâcheuse, malgré la résistance qu'elle y éprouvoit de la part du bassin, et les obstacles qu'il y mettoit au moyen de son lévier. S'il eût fallu moins de force pour l'extraire dans la position transversale pour laquelle il prescrit son troisième manuel, pourquoi ne l'a-t-il pas fait, et a-t-il laissé venir l'occiput en-dessus? Plus de vingt-cinq faits qui nous sont particuliers, dé-

(1) Page 378, §. 405.
(2) Page 250, §. 275.

poseroient contre l'opinion extravagante de ce Chirurgien; mais nous n'en citerons qu'un seul, et encore le rapporterons-nous en note, pour ne pas trop nous détourner de notre sujet (1).

1675. S'il faut moins de force pour extraire la tête dans la position transversale où elle est, que pour la faire rouler dans le bassin et ramener l'occiput sous l'arcade du pubis, pourquoi *Boom*, élève de *Bruyn*, qui le fut lui-même de *Roonhuisen*, laissa-t-il mourir, en 1752, une femme qu'il ne put accoucher avec le lévier, quoiqu'il l'employât à-peu-près comme M. *Herbiniaux*, ou peut-être exactement de la même manière? (*Voyez* §. 1672). Pourquoi, en 1753, le même Accoucheur procura-t-il à M. *Camper*, d'après lequel nous citons ces faits, l'occasion d'en disséquer une autre qu'il avoit abandonnée, après avoir vainement essayé de la délivrer? Pourquoi M. *Camper*, sous les yeux de ce Praticien même, accoucha-t-il le cadavre de cette malheureuse victime de la prévention, au moyen du forceps de *Smellie*, en commençant par mettre la face de l'enfant en-dessous (2)? Le reproche que ce savant Hollandois, partisan du lévier, faisoit alors à ceux qui l'employoient dans tous les cas, seroit-il moins fondé envers quelques Accoucheurs qui en

(1) Dans un cas de cette espèce, le forceps fut appliqué deux fois inutilement sous nos yeux, et en présence d'un Médecin dont la mémoire sera long-temps respectée de ses confrères et des amis de l'humanité; (M. *Lorry*.) Malgré les forces que peut employer l'Accoucheur pour extraire la tête, elle ne descendit pas d'une seule ligne; ces forces, aussi peu ménagées que mal dirigées, ne servirent qu'à dégager l'instrument brusquement tout autant de fois qu'il fut placé de la même manière. Je le conduisis, après ces tentatives, comme je le prescris pour la position transversale de la tête où l'occiput répond au côté gauche du bassin; *Voyez* §. 1770 et suivans : je ramenai facilement cette extremité occipitale en-dessus, et sans efforts je terminai l'accouchement.

(2) *Voyez* la Dissertation de M. *Camper*, Mém. de l'Académie de Chirurgie, tome v.

usent de même aujourd'hui? « Ils travailloient, dit-il,
» jusqu'à ce que la tête de l'enfant, à la fin étouffée,
» fût poussée au-dehors, ou que la mère, aussi bien
» que l'enfant, eussent rendu l'ame (1). Si la tête est
» petite, et le bassin très-large, ajoute-t-il, elle
» passera dans toutes sortes de situations: mais lors-
» qu'elle est bien proportionnée, elle ne passera que
» très-difficilement, quand son grand diamètre s'op-
» pose contre le petit du bassin ». Ces vérités sont tellement connues, qu'elles n'ont point échappé à l'homme dont le moindre titre seroit celui de savant Accoucheur, et M. *Herbiniaux* seul ose les contester. S'il ne s'est jamais apperçu qu'il falloit moins de force pour rouler la tête dans l'excavation du bassin, que pour l'extraire dans la position transversale où elle est, c'est qu'il n'a pas essayé de la rouler alors, et de ramener l'occiput sous l'arcade du pubis: s'il ne convient pas qu'elle exécute ce mouvement de pivot généralement avec peu de difficulté, c'est qu'il a oublié que les petits mouvemens de saccades qu'il fait faire au lévier pour rencontrer l'apophyse mastoïde, dans son premier manuel, et l'épreuve d'attraction au moyen du cordon, pour s'assurer de la prise de cet instrument, ont suffi pour détourner l'occiput de dessous l'arcade du pubis, et le porter vers l'un des côtés du bassin. Lui auroit-il fallu plus de force pour le ramener ensuite sous l'arcade du pubis, et la nature ne l'a-t-elle pas ramené constamment à ce point, malgré la présence du lévier, et les efforts de celui qui le mettoit en action? Si M. *Herbiniaux* a trouvé peu d'obstacles à extraire la tête dans la position transversale qui fait le sujet de son troisième manuel, c'est que le lévier n'étoit pas nécessaire, et que les circonstances qui l'ont favorisé étoient de celles qui nous font une loi d'être simple spec-

(1) *Voyez* M. *Camper*, Dissertation déjà citée.

tateur auprès de la femme. Où trouve-t-on d'ailleurs, dans l'ouvrage de cet Accoucheur, des faits qui attestent qu'il eût extrait la tête une seule fois dans cette position transversale ? et par-tout ne renvoie-t-il pas à son manuel général, pour la marche qu'on doit lui faire suivre dans ce dernier temps de l'accouchement ?

1676. D'après sa théorie sur l'enclavement, et les observations qu'il rapporte à l'appui de cette doctrine, on peut lui objecter, avec raison, qu'il n'a employé son lévier que sur des têtes mobiles, et même d'une grosseur médiocre relativement à la capacité du bassin. Si les *Roonhuisen* ne l'ont appliqué avec une apparence de succès qu'en de pareilles circonstances, du moins ne le recommandoient-ils que pour celles où la tête étoit arrêtée et immobile, et regardoient-ils cette condition comme nécessaire à leur but, puisqu'ils déclarent que l'instrument tient mal quand la tête est mobile, qu'il s'échappe en glissant, et que loin d'être utile, il est plutôt capable de nuire (1).

1677. Cette mobilité n'a point paru mériter la même attention de la part de M. *Herbiniaux*, et devoir mettre un aussi grand obstacle au succès de l'application de son lévier ; car la tête ne sauroit jamais être aussi mobile dans la cavité du bassin, qu'elle l'est constamment au-dessus de l'entrée de ce canal, quand elle ne peut s'y engager, et M. *Herbiniaux* n'en accorde que plus de confiance à son instrument dans ce dernier cas. Sa manière de l'employer est, dit-il, d'autant plus précieuse alors, que jusqu'à présent le forceps a été reconnu insuffisant. Il avoue cependant que son lévier n'est pas absolument infaillible, mais qu'il lui a réussi plusieurs fois ; ce qui ne lui est jamais arrivé avec

(1) *Voyez* l'extrait de la Dissertation de MM. *de Vischer* et *Van-de-Poll*, page 9 ; *Smellie*, tome IV.

le forceps, en suivant la méthode de M. *de Leurie* ; ne faisant, ajoute-t-il, aucun cas de la mienne, dont il a démontré le ridicule. Nous ne suivrons pas ce Chirurgien dans le détail de tous les cas de cette dernière espèce, pour lesquels il prescrit un nouveau manuel ; parce qu'un volume suffiroit à peine pour débrouiller le chaos dans lequel il se perd (1), et que nous avons déjà passé les bornes que nous nous étions prescrites à son égard. Nous nous attacherons seulement au procédé qu'il substitue à la méthode dont il croit avoir démontré le ridicule. Si la discussion que nous nous permettrons ne détruit pas l'opinion de M. *Herbiniaux* ; elle ne sera pas inutile au bien de ses concitoyens même ; qui lui accordent aveuglément leur confiance. La méthode proscrite par ce Chirurgien est celle que nous recommandons pour la position du sommet de la tête où l'occiput se trouve appuyé sur le haut de la symphyse du pubis, et le front contre l'angle sacro-vertébral (2).

(1) M. *Herbiniaux* se rend inintelligible jusque dans le titre même des sections où il traite de ces nouveaux Manuels : son grand art est de n'être entendu que de lui ; peut-être même auroit-il peine aujourd'hui à retracer la position de la tête qui fait le sujet de sa quatrième section, dont voici le titre : « Des Manuels de mon lévier, propres » à redresser la tête de l'enfant, lorsqu'à son entrée dans le détroit » supérieur elle se présente en sens contraire. »

(2) M. *Herbiniaux*, page 331 jusqu'à 357 inclusivement : la première édition de mon ouvrage, tome II, page 101 jusqu'à 113 inclusivement ; et les planches VIII et IX : la seconde édition, depuis le §. 1790 jusqu'au §. 1810, et planches X et XI. L'esprit de critique qui anime M. *Herbiniaux* perce jusque dans l'examen de ces planches même : les plus petites omissions qu'il croit y remarquer lui paroissent comme autant de pièges que nous tendons à la crédulité de nos lecteurs, et lui fournissent autant d'occasions de s'abandonner au penchant qui lui est naturel, de se répandre en injures contre nous ; quoique ces planches, qu'il a prises pour modèle en quelques cas, soient plus correctes que celles qui lui sont propres. Nous préviendrons que nous n'avons pas cru devoir astreindre le Dessinateur à rendre scrupuleusement, et avec une précision mathematique, la forme et les dimensions

1678.

1678. M. *Herbiniaux* entreprend d'abord de démontrer que la position dans laquelle nous représentons la tête au détroit supérieur, ne peut absolument pas avoir lieu; ensuite, que notre manière d'opérer est dangereuse : enfin, qu'elle est impraticable. Les raisons sur lesquelles il établit la première de ses propositions, sont les mêmes qui nous ont déterminé à publier que la position qui fait le sujet de cette discussion devoit être extrêmement rare : l'expérience, en nous le confirmant, nous a prouvé que cette position n'étoit pas impossible. Nous l'avons observée trois fois; et dans ces trois cas, la tête à peine engagée d'un tiers de sa hauteur dans le détroit supérieur, s'y est arrêtée et fixée de manière qu'un travail soutenu pendant plus de trente-six à quarante heures chez l'une des femmes, et près de vingt heures chez une autre, n'a pu l'ébranler et la pousser en avant d'une seule ligne en sus. Si la tête ne se présentoit jamais sur le détroit, comme nous l'avons exprimé planche XI, elle ne s'engageroit jamais dans la direction où nous l'avons trouvée; c'est un fait que personne n'osera contester, si ce n'est M. *Herbiniaux* qui semble ignorer la forme que donnent à ce détroit les deux muscles psoas spécialement, et qui n'a pas une connoissance plus exacte du rapport de cette forme avec celle de la tête du foetus.

1679. Il trouve ensuite notre méthode défectueuse, parce que nous courons le risque d'appliquer une des branches du forceps sur la face, et

de tous les objets qu'il avoit sous les yeux : ce qui devenoit inutile, quant au bassin sur-tout, puisque cette exactitude ne pouvoit regarder que celui-là seul qu'il avoit pour modèle; les nuances qui se rencontrent dans un nombre donné de bassins, n'étant pas moins variées que celles que présente le visage dans le même nombre de femmes. Notre intention n'a été que de faire connoître en grand les rapports de la tête avec les détroits de ce canal, et ceux de l'instrument avec l'une et l'autre.

l'autre sur l'occiput, comme nous reprochons, dit-il, à M. *de Leurie* de le faire, soit que la face se soit portée d'elle-même sur l'un des côtés de la saillie du sacrum, soit que la première branche de l'instrument, en pressant sur la tête, lorsqu'on l'insinue, lui ait fait prendre cette direction. Si M. *Herbiniaux* n'a d'autre crainte, qu'il se rassure ; qu'il procède méthodiquement à l'introduction des branches du forceps, et il évitera l'écueil qu'il fait entrevoir. La position dont il s'agit est celle où nous sommes le plus assuré de porter le forceps avec la précision que nous recommandons. Notre méthode est défectueuse encore, dit-il, en ce que nous conduisons la face de l'enfant dans la courbure du sacrum, après avoir entraîné la tête dans le fond du bassin ; qu'elle ne peut y être portée, selon M. *Herbiniaux*, qu'en parcourant un grand tiers de la circonférence intérieure de cette cavité, et que ce mouvement ne sauroit se faire, de notre aveu même, sans que le col n'en éprouvât une torsion dangereuse et même mortelle. Il est aisé de démontrer que ce Chirurgien n'est pas meilleur géomètre que meilleur accoucheur et qu'anatomiste. Où est le grand tiers de cercle que nous faisons parcourir ici à la face de l'enfant, ce mouvement qui pourroit donner lieu à cette torsion du col, dangereuse et même mortelle ? Placée d'abord au-dessus de l'angle sacro-vertébral contre lequel le front se trouve appuyé, la face en se portant vers l'une des fosses iliaques ne décrit au plus qu'un quart de cercle, et un sixième même, si nous nous bornons à la porter au-dessus de la symphyse sacro-iliaque, comme nous le faisons quand le détroit supérieur n'est pas très-resserré (1) : ce qui n'imprime au col qu'une très-légère torsion, puisqu'elle ne sauroit aller au-delà du quart de cercle que parcourt

(1) Nous lui accordons alors au moins trois pouces et un quart. *Voyez* §. 1790.

la face, et qu'elle se borne le plus souvent à un sixième. Cette torsion du col ne paroîtra dangereuse encore qu'à M. *Herbiniaux*, qui ne fait pas attention qu'elle a lieu chez l'adulte même dont le col est bien moins souple que chez le fœtus, toutes les fois qu'il tourne la face vers l'une des épaules, et qu'elle a lieu chez lui comme chez les autres, sans qu'il en éprouve un tiraillement incommode dans les muscles et les ligamens de cette partie. En dirigeant la face dans la courbure du sacrum lorsque la tête est parvenue dans le fond du bassin, elle ne décrit pas une plus grande portion de cercle que celle qu'elle a parcourue en se détournant de l'angle sacro-vertébral, et le fait en sens contraire. Loin d'imprimer alors un nouveau degré de torsion au col, nous effaçons celle que nous lui avions imprimée dans le premier temps. Si nous recommandons en quelques cas de ne pas mettre la face de l'enfant en-dessous, par rapport à la grande et dangereuse torsion qu'en éprouveroit le col, ce n'est pas dans celui dont il s'agit, comme l'insinue mal-adroitement M. *Herbiniaux*; c'est spécialement lorsque la face même répond à la symphyse du pubis, et quelquefois lorsqu'elle est derrière l'une des cavités cotyloïdes. C'est dans ces positions qui font le sujet du second manuel de notre critique, et dans lesquelles il ne craint pas de la tourner de côté, puis en arrière. Il mérite donc bien plus que nous le reproche qu'il nous fait à cet égard.

1680. M. *Herbiniaux* se seroit gratuitement exposé à cette discussion peu honorable pour lui, si la méthode dont il a si mal démontré le danger, étoit controuvée, si elle étoit chimérique, comme il le dit, si nous ne l'avions jamais exécutée ni sur le cadavre, ni sur la femme vivante; en un mot, s'il parvenoit à prouver, comme il se flatte de le faire, qu'elle est impraticable. Les preuves sur lesquelles il la juge telle, se déduisent spécialement des dimen-

sions du forceps, chargé de la tête de l'enfant, comparées à celles du détroit supérieur. Les serres d'un forceps bien fait, dit-il, ne laissent entre elles, à leur extrémité, qu'une distance de quatre lignes, et le ventre de cet instrument est de deux pouces huit lignes (1). Un corps de deux pouces de diamètre, posé entre l'extrémité de ces serres, continue-t-il, donnera à ce ventre trois pouces dix lignes; un corps de deux pouces et demi, quatre pouces deux lignes; et un de trois pouces, qui est la mesure de l'épaisseur de la tête d'un enfant à terme, au-dessous des apophyses mastoïdes, le portera à quatre pouces huit lignes. En accordant ce diamètre au ventre de l'ellipse que forme l'instrument chargé d'une tête de l'épaisseur de trois pouces au-dessous des apophyses mastoïdes, et de trois pouces et demi d'une protubérance pariétale à l'autre, notre méthode est évidemment impraticable, même chez les femmes de la plus grande taille et des mieux conformées; puisque le petit diamètre du détroit supérieur, au-dessus duquel se trouve le ventre de l'instrument, ne va jamais au-delà de quatre pouces et demi, selon M. *Herbiniaux*, et que nous le supposons au plus de trois pouces et un quart à trois pouces et demi, dans le cas pour lesquels nous la recommandons. Mais qu'arriveroit-il si la largeur ou le diamètre du ventre du forceps appliqué méthodiquement et selon les principes de l'art, au lieu de s'augmenter, comme le dit M. *Herbiniaux*, et d'acquérir jusqu'à quatre pouces huit lignes, par l'interposition d'une tête de trois pouces et demi d'épaisseur, ne s'augmentoit réellement que de l'épaisseur des cuillers de ce même

(1) Les preuves de M. *Herbiniaux* auroient acquis sans doute un degré de force de plus, s'il eût été prévenu que la distance que laissent entre elles, à leur extrémité, les serres de notre forceps d'adoption, n'est pas de deux lignes : car le ventre de cet instrument doit en devenir plus grand par l'interposition du corps dont on va parler.

instrument ; si ces cuillers, au lieu d'être écartées de la grande convexité des côtés de la tête, de l'étendue de sept lignes, comme cela paroît d'après les expériences de M. *Herbiniaux*, l'embrassoient exactement, comme on le remarque d'après nous sur la figure II de la troisième planche de cet Auteur : ce qui a positivement lieu ? Il arriveroit sans doute, ce qui est également vrai, que notre méthode seroit praticable même dans le cas où le bassin n'auroit que trois pouces neuf lignes de petit diamètre dans son entrée ; puisque l'épaisseur des deux cuillers du forceps n'est que de trois lignes, et celle de la tete de l'enfant de trois pouces et demi. Si l'on nous accorde maintenant que cette tête est susceptible de réduction (1), que la forme de ses côtés et la concavité des cuillers du forceps sont telles, que les protubérances pariétales s'engagent entre les jumelles de celles-ci au point de paroître pour ainsi dire extérieurement à fleur de l'instrument (2) ; et si l'on se rappele en même temps que nous dirigeons constamment le plus grand diamètre du ventre de l'ellipse que décrit celui-ci, chargé de la tête, à-peu-près suivant l'un des diamètres obliques du détroit supérieur, on sera forcé de convenir que notre méthode, si bien démontrée impraticable par M. *Herbiniaux*, est praticable, non-seulement dans le cas où le petit diamètre de ce détroit a trois pouces neuf lignes, mais encore lorsqu'il n'est que de trois pouces et demi, même trois pouces et un quart, et au-dessous.

1681. Ce n'est pas seulement d'après l'excédent du diamètre du ventre de l'ellipse que décrit le forceps chargé de la tête de l'enfant sur le petit diamètre du détroit supérieur, que M. *Herbiniaux* rejette notre

---

(1) M. *Herbiniaux* ne peut nier qu'elle ne le soit ; autrement comment parviendroit-il à lui faire franchir un détroit resserré, au moyen de son lévier.

(2) *Voyez* notre §. 1625.

méthode et la regarde comme impraticable ; il s'étaie de plus, sur ce que la direction du canal du bassin, et la vulve même, ne permettent pas d'incliner assez en arrière l'extrémité des branches de l'instrument, pour donner à la tête la position qui nous paroît nécessaire à son passage à travers le détroit. Cela peut être vrai à l'égard de quelques conformations vicieuses du bassin, qui sont excessivement rares ; puisqu'il y auroit en même temps altération dans la forme des deux détroits, et changement de direction dans tout le canal : aussi ne faisons-nous pas de cette méthode une méthode bannale et applicable à tous les cas. Que fera M. *Herbiniaux*, armé de son lévier, dans ces cas d'exception ? Parviendra-t-il à l'insinuer sous le pubis et la ligne blanche, comme il le prescrit en exposant son sixième manuel, bien plus impraticable alors que notre méthode ; puisqu'il doit incliner bien davantage en arrière et en bas l'extrémité de son lévier, pour que l'autre bout puisse faire le premier pas sur la tête de l'enfant, que nous y inclinons les branches du forceps ?

1682. Parce que le forceps a été appliqué infructueusement par M. *Herbiniaux*, dans le cas qui fait le sujet de cette longue et dernière discussion sur le lévier, en conclura-t-on, avec ce Chirurgien, qu'il ne peut l'être utilement par d'autres ? Ce manque de succès dénote bien moins l'insuffisance de l'instrument, que l'incapacité de celui qui n'a su en tirer meilleur parti. Quoique la manière d'agir de M. *de Leurie*, qu'on a suivie dans le cas dont il s'agit, soit peu méthodique, elle exige cependant une certaine connoissance du rapport de la forme de l'instrument avec celle du bassin de la femme et de la tête de l'enfant ; et chaque article de l'ouvrage de M. *Herbiniaux* prouve clairement qu'il n'a pas la moindre teinture de cette connoissance. A plus forte raison lui accorderons-nous celle qui conduit à l'application heureuse du forceps, selon notre méthode. Il demande des

faits à l'appui des principes sur lesquels nous établissons cette méthode : mais que pourront des faits, toujours faciles à controuver dans une ville aussi immense que Paris, pour celui qui n'est pas disposé à les admettre ? Nous en citerions cependant, si les bornes de notre ouvrage le permettoient ; et parmi les plus authentiques que nous rapporterions, nous prendrions plaisir à en exposer un duquel nous ne donnerions pour garans qu'une Sage-femme et son mari, soldat invalide et sexagénaire, qui a employé quelques années de sa retraite à l'étude de nos meilleurs Auteurs, et qui les possède mieux que notre Critique.

1683. Entraîné par la force de la vérité qu'il n'ose méconnoître par-tout, M. *Herbiniaux* y revient quelquefois comme malgré lui : car après s'être efforcé de prouver que la position de la tête, pour laquelle nous recommandons la méthode qu'il regarde comme impraticable, ne peut avoir lieu, il finit par l'admettre, avec cette modification cependant, qu'en supposant la face vers l'une des parties latérales de l'angle sacro-vertébral, il place l'occiput vers la ligne blanche. Que fait-il dans ce cas ? Il passe premièrement la main entière dans le vagin, pour s'assurer de la position de la tête, et sur-tout de quel côté la face est tournée ; quoiqu'il lui paroisse indifférent qu'elle le soit plus ou moins vers la gauche ou vers la droite, pourvu qu'elle ne se trouve pas vers la ligne blanche où il doit porter sa spatule : cas qui n'est peut-être, dit-il, jamais arrivé (1). Quand elle se trouve dans une position contre nature, et c'est sans doute celle dont il rejette en quelque sorte la possibilité qu'il appele ainsi, il la ramène à la naturelle, au moyen des doigts, avant de transporter la

(1) Ce cas fait cependant le sujet de sa 1xe observation, comme on peut le voir.

femme dans son lit (1). Après cela, il place cette femme sur son fauteuil (2), et s'assied devant elle sur une chaise basse (3). Assis aussi bas, il introduit ses doigts assez loin sur la tête de l'enfant, pour la fixer et pour servir de conducteur au lévier (4). Il se sert d'abord de la branche fenêtrée de son instrument ; parce qu'elle est moins sujette à glisser à côté de la tête (5), Il la porte de bas en haut et d'arrière en avant, sous la ligne blanche et sur le côté de la tête, jusqu'à ce que sa courbure embrasse la rondeur de celle-ci, et qu'il en sente l'extrémité fixée vers l'apophyse mastoïde ou le côté de la protubérance occipitale. Il le fait agir légèrement alors sur son point d'appui (6), en tirant en même temps fortement sur le cordon, vers l'anus de la femme, mais toujours pendant la douleur ; par cette suite d'opé-

(1) Dans quelle attitude est-elle donc pendant ces premières recherches? est-elle debout ou assise?

(2) Ce fauteuil est celui de M. *Herbiniaux*, qu'il fait porter presque par-tout. Pourquoi ce double transport si subit de la femme, et ne pas l'avoir mise de suite sur ce fauteuil? M. *Herbiniaux* croit-il que la tête de l'enfant, aussi mobile qu'il la dépeint, conservera, pendant ces déplacemens successifs, la position naturelle à laquelle il vient de la réduire? Il faut être bien étranger à la science des accouchemens pour se le persuader.

(3) Cette chaise doit être bien basse : car le fauteuil n'est élevé que d'un pied et demi.

(4) Quoiqu'il ne dise pas que ce soit sous le pubis qu'il porte les doigts, on le sent de reste, puisque c'est sous la ligne blanche qu'il insinue le levier, le long de la paume de la main et de ces mêmes doigts. On conviendra que l'attitude où il est vis-à-vis de la femme assise ne seroit pas commode pour tout autre que lui ; mais il est extraordinaire en tout.

(5) Le lévier monté de sa branche fenêtrée et de sa spatule à grande courbure, doit avoir au moins quinze pouces de long, puisque chacune des trois parties qui le composent alors est au moins de cinq pouces.

(6) Le lévier porté aussi profondément dans le lieu indiqué, doit avoir pour point d'appui toute la longueur de la symphyse du pubis : ce qui rend ses mouvemens de bascule bien difficiles au moins.

ration, dit-il (1), les douleurs redoublent d'activité, et la tête s'engage de plus en plus (2). Bientôt ce premier lévier, ne pouvant plus être de la même utilité, il y substitue la spatule à petite courbure, pour faire l'extraction de la tête comme dans le cas du premier manuel. *Voyez* M. *Herbiniaux*, VI^e^. manuel, p. 409 et suiv.

1684. Ceux qui compareront ce procédé avec celui que nous venons de dégager des entraves qu'y avoit mises M. *Herbiniaux*, y trouveront tous les défauts que cet Accoucheur reproche à celui-ci, et n'y découvriront aucun de ses avantages. Les notes auxquelles il a déjà donné lieu, aideront à fixer le degré de confiance qu'on doit y ajouter, et nous n'en porterions pas autrement notre jugement, si nous n'écrivions que pour des gens instruits. La position de la tête est également favorable à l'application du forceps, toutes les fois qu'elle présente son plus grand diamètre de front au plus petit du détroit supérieur, et qu'elle ne peut s'y engager, soit que l'occiput réponde au pubis ou au sacrum; et nous ne sommes pas moins assurés de le placer avec toute la précision que nous desirons dans l'un de ces cas comme dans l'autre. Il n'en est pas de même pour l'application du lévier qui doit aller à l'apophyse mastoïde, ou sur le côté de la protubérance occipitale; puisque M. *Herbiniaux* craint de l'employer quand la face est sous la ligne blanche; position, dit-il, qui n'arrive jamais, quoiqu'elle fasse cependant le sujet de sa neuvième observation. Comme la position qui est favorable à la juste application du forceps ne l'est pas de même au passage de la tête à travers le détroit supérieur, c'est avec cet instrument que

(1) Assez longue, puisque le manuel a duré une demi-heure chez la femme qui fait le sujet de la huitième observation de M. *Herbiniaux*.

(2) Ce sont ces douleurs qui expulsent la tête, et non le lévier qui en opère l'extraction, comme on l'a dit déjà tant de fois.

nous la changeons ; et cela se fait sans peine, et avec aussi peu de danger pour l'enfant, que peu de douleur pour la femme. Un seul doigt introduit dans le vagin suffit non-seulement pour la recherche de la position de la tête, et la bien faire reconnoître, mais encore le plus souvent pour diriger les branches de l'instrument, quoique nous recommandions d'en introduire plusieurs pour leur servir de guide. M. *Herbiniaux* porte toute la main, pour faire ces mêmes recherches, et pour changer la position de la tête quand elle ne lui paroît favorable ni à l'application du lévier, ni à sa descente ; et ce préliminaire fatigant et douloureux se fait avant que la femme ne soit dans l'attitude convenable pour l'accoucher, même avant le moment où elle doit être accouchée ; puisqu'on la porte ensuite dans son lit, d'où on la retire, à la vérité, presque aussi-tôt pour la placer sur le fauteuil de l'Accoucheur et la soumettre une seconde fois aux douleurs inséparables de l'introduction de la main et de l'instrument. Nous donnons à la femme une position aussi commode pour elle qu'avantageuse à la chose et peu gênante pour nous, puisqu'elle est placée sur un lit fort élevé, de manière que les fesses en débordent l'extrémité. M. *Herbiniaux* la fait asseoir au contraire sur un fauteuil dont le siége n'est élevé que d'un pied et demi, et s'assied lui-même sur une chaise beaucoup plus basse, pour manœuvrer avec un instrument qui a au moins quinze pouces de long, et dont l'extrémité, comme la main peut-être qui le dirige, ne doit être qu'à trois pouces du plancher de la chambre, quand il commence à l'introduire. Les branches du forceps pénètrent aisément à la profondeur requise sur les côtés de la tête, parce que nous les portons vers les côtes du bassin (1) ;

(1) Voyez §. 1792 et suivans.

et le lévier, en coulant le long de la paume de la main et des doigts qui lui servent de conducteurs, ne doit monter que difficilement derrière le pubis sur l'une des régions temporales et sous la ligne blanche où M. *Herbiniaux* dit avoir ramené cette région. Nous ne craignons pas que les frottemens toujours légers qu'éprouve la première branche du forceps en montant sur le côté de la tête, la déplace et lui donne une autre position, soit en l'éloignant seulement du détroit supérieur, soit en la déjetant sur l'une des fosses iliaques; et l'on conçoit clairement que les quatre doigts de M. *Herbiniaux* ne peuvent pénétrer entre elle et le pubis de la femme, sans la déjeter ainsi, et rendre l'application du lévier plus incertaine: car il ne sauroit la fixer par l'une de ses surfaces plates, contre la saillie du sacrum, comme il le dit, et comme il le représente, fig. III de sa planche III^e^. Nous en opérons véritablement l'extraction, et sans l'aide des forces expultrices de la femme, au lieu que M. *Herbiniaux* fonde tout son espoir sur ces mêmes forces, qui ne sauroient toujours se ranimer au point qu'il l'annonce, et que sans elles le lévier n'auroit jamais eu de succès entre ses mains. Si nous imprimons au col de l'enfant une légère torsion, en détournant le front ou l'occiput de dessus l'angle sacro-vertébral, nous effaçons cette torsion en le reportant dans la courbure du sacrum, ou en le ramenant sous le pubis, dès que la tête a franchi le détroit supérieur, selon la position qui avoit lieu sur ce détroit. M. *Herbiniaux* ne se conduit pas de même, puisque dans l'un et l'autre de ces deux cas, il semble ramener l'occiput vers l'échancrure formée par la branche des os pubis. S'il ne fait parcourir à la face qu'une très-petite portion de cercle, et n'imprime qu'une très-légère torsion au col, dans celui de ces cas où le front répond primitivement à l'une des parties latérales de la saillie du sacrum, il lui en fait décrire une

équivalente à la moitié de la circonférence intérieure du bassin, et fait éprouver une torsion égale au col, lorsqu'elle est située sous la ligne blanche; comme dans le cas qui fait le sujet de sa IX^e. observation. Enfin, quelques minutes suffisent pour exécuter notre méthode, quand le bassin n'est pas très-défectueux, tandis que le procédé de M. *Herbiniaux* a duré une demi-heure chez la femme qui fait le sujet de sa VIII^e. observation.

1683. Ce parallèle ne regarde que les cas où nous supposons le petit diamètre du détroit supérieur au moins de trois pouces et un quart à trois pouces et demi: il étoit plus grand chez la femme qui fait le sujet de l'observation VIII^e. de M. *Herbiniaux*. Voyons quelle sera la plus avantageuse des deux méthodes, et quel est celui des deux instrumens qui sera préférable dans le cas où ce même détroit est plus resserré. Admettons seulement que l'excédent de l'épaisseur de la tête, sur le petit diamètre du détroit, soit de trois lignes. Pour l'entraîner à travers ce détroit, il faut nécessairement la réduire sur elle-même de la quantité de cet excédent, puisqu'elle ne pourra descendre sans cela. On sait comment le forceps opère cette réduction; ses deux branches étant placées sur les côtés du crâne, et vis-à-vis l'une de l'autre, bornent leur action à le comprimer dans ce sens: mais comment le lévier pourra-t-il l'opérer? Appliqué sur l'un des côtés de la tête seulement, si elle n'est fortement appuyée de l'autre côté contre la surface interne du bassin, elle ne pourra nullement en être comprimée, ni diminuée d'épaisseur; l'action de l'instrument se bornera à la déplacer et à la pousser vers l'endroit où elle trouvera le moins de résistance. M. *Herbiniaux* dit positivement qu'il la fixe sur l'une ou l'autre de ses faces plates, au moyen des doigts qui servent de conducteurs à la branche fenêtrée de son lévier; quoiqu'il n'ajoute pas que ce soit contre la saillie

que forment la dernière vertèbre lombaire et la base du sacrum, on le devine aisément : s'il la fixe ainsi, le lévier agit donc alors à la manière du forceps, et peut réduire la tête aussi bien que le fait ce dernier. Mais indépendamment de ce que l'une des surfaces plates de la tête ne peut toucher alors à la saillie dont il est question, c'est que M. *Herbiniaux* retire les doigts qui servent en même temps à la fixer et à diriger sa spatule, avant que celle-ci ne puisse les remplacer à cet égard : voila donc la tête sans point d'appui, au moins dans ce dernier temps de l'introduction du lévier, mobile conséquemment comme auparavant, et sujette à prendre une autre position que celle où on l'avoit d'abord réduite, selon la direction des frottemens et la pression que la spatule exercera sur l'un de ses côtés, en montant vers le lieu de sa destination. Si l'on fait attention à la direction inclinée du détroit supérieur, à sa figure, à la rondeur que la tête de l'enfant offre de toutes parts, et à l'espèce de pavillon ou d'évasement que forme le grand bassin, on sera frappé de ces vérités importantes ; l'on verra que la région temporale de l'enfant, la seule de la surface de la tête qui soit assez aplatie pour s'accommoder un peu à l'angle sacro-vertébral, ne sauroit y répondre quand le sommet se présente transversalement sur le détroit, sur-tout si celui-ci est un peu resserré ; quoique M. *Herbiniaux* l'ait ainsi exprimé sur la troisième figure de sa troisième planche, et qu'elle se trouve alors bien au-dessus de l'angle dont il s'agit. Si elle y correspondoit, la perpendiculaire de la tête tomberoit à-peu-près sur le milieu de la symphyse du pubis et croiseroit de beaucoup l'axe du détroit supérieur, selon lequel elle doit descendre ; ce qui seroit un des grands inconvéniens du procédé de ce Chirurgien. Le lévier placé selon les principes établis, et mis en action, ne peut qu'éloigner la tête en suivant un des plans inclinés que lui offre de tous côtés l'espèce

de pavillon que forme le grand bassin ; et ne parviendra jamais à la faire passer de ce lieu plus large dans le détroit qui est plus resserré ; ni conséquemment à l'amener dans la cavité du petit bassin. Pour la faire descendre dans cette dernière, plus large elle-même que le détroit, il faudroit que l'équateur de la tête, que nous prendrons ici d'une bosse pariétale à l'autre, fût engagé entre les deux points qui mettent obstacle à sa progression ; ou bien ; ce qui est la même chose, qu'une des protubérances pariétales fût au-dessous de l'angle sacro-vertébral, comme on le remarque figure III, planche III de M. *Herbiniaux*. En vain cet Auteur citera-t-il des faits, et sur-tout celui de sa neuvième observation ; il ne subjuguera que l'ignorance ; et ne sauroit persuader aux gens même médiocrement éclairés, qu'il auroit obtenu de son lévier le succès qu'il lui attribue, si le bassin n'avoit eu que deux pouces six à neuf lignes de petit diamètre, et si la tête de l'enfant n'y eût été engagée au point que le représente la figure dont nous venons de parler, sur laquelle on remarque qu'une des protubérances pariétales est de beaucoup au-dessous de l'angle sacro-vertébral. En lui accordant, en pareils cas, qu'il puisse accélérer la descente de la tête dans l'excavation du bassin, nous ne saurions lui accorder qu'il en fait l'extraction.

1686. N'ayant parlé dans ce long article sur le lévier, que de l'usage qu'en ont fait quelques Chirurgiens étrangers, on pourroit croire qu'il a été entièrement inconnu des François, ou qu'ils l'ont rejeté d'un commun accord. Si l'on ne trouve aucun Auteur parmi nous qui lui ait donné la préférence sur le forceps, aucun Accoucheur instruit qui l'ait employé aussi fréquemment que l'ont fait les premiers, nous ne le cédons cependant en rien à cet égard aux Hollandois : car un Chirurgien de Lille en Flandres se flattoit déjà en 1774, d'avoir délivré

environ mille à douze cents femmes avec une sorte de spatule, dans l'espace de vingt années; et un autre de Douai, plus qu'octogénaire aujourd'hui (1), M. *Rigodeaux*, s'en étoit servi dès l'année 1739 (2). Ce n'est pas contre l'utilité du lévier, mais contre l'abus qu'on en a fait, que nous nous sommes élevés: notre intention, dans toutes les discussions où nous sommes entrés, n'a pas été de le proscrire, mais de faire voir qu'on l'avoit employé sans principes, et presque toujours en des circonstances où l'on pouvoit s'en passer, où le doigt méthodiquement dirigé pouvoit suffire, où les forces même de la nature n'avoient besoin d'aucun aide. Ses succès ne se sont autant multipliés que parce que ces circonstances heureuses le rendoient inutile; et que le moment de son application s'est trouvé le plus souvent celui où l'accouchement alloit se terminer, sa présence ne pouvant y mettre d'assez grands obstacles. Le forceps auroit eu bien plus de droit à la grande réputation que quelques-uns ont voulu donner au lévier, si l'abus en eût été porté aussi loin que celui de ce dernier.

(1) En 1789: temps où a paru la seconde édit. de notre ouvrage.

(2) *Voyez* Mémoires de l'Académie de Chirurgie, tome V.

## CHAPITRE II.

### *Des causes qui exigent l'emploi des instrumens, spécialement du forceps et du lévier, dans la pratique des Accouchemens.*

1687. PARMI les causes qui doivent nous déterminer à recourir aux instrumens pour opérer l'accouchement, les uns ne laissent de ressource que dans ces secours, et les autres n'en prescrivent l'usage que préférablement à quelques moyens dont l'effet ne seroit ni aussi prompt, ni aussi salutaire.

Des causes qui indiquent l'usage du forceps par préférence.

1688. De cette dernière classe, sont l'hémorrhagie utérine, les convulsions de la mère, les syncopes fréquentes, l'épuisement, la cessation des douleurs; des maladies qui ne permettent pas à la femme de se livrer sans danger aux efforts nécessaires pour l'expulsion de son enfant, telles que certaines hernies, le crachement de sang habituel, la descente de la matrice et le renversement du vagin; enfin, l'issue prématurée du cordon ombilical, et souvent la présence d'un second enfant qui, par sa position, retarde considérablement ou empêche la sortie du premier.

1689. Selon que ces causes se manifestent plutôt ou plus tard dans le cours du travail, elles nous prescrivent l'emploi de tel ou tel moyen préférablement à d'autres. Quand elles s'annoncent avec beaucoup d'intensité dès le commencement, et se soutiennent de même, si elles ne laissent de ressources que dans l'extraction de l'enfant, la tête étant encore au-dessus du bassin, nous devons le retourner et l'amener par les pieds. Nous serions

cependant

cependant libres d'opter entre cette méthode et l'application du forceps, quoique plus difficile, si nous en estimions le succès plus certain que celui de la première, qui exige alors en général moins de savoir et de dextérité. Cette option entre les deux méthodes seroit bien plus permise, lorsque la tête est engagée de la moitié de sa longueur au moins, si l'une et l'autre étoient également avantageuses: mais, pour nous, le forceps mérite la préférence. Cet instrument est indiqué, même exclusivement, toutes les fois qu'une ou plusieurs des causes énoncées ne nous obligent à terminer l'accouchement que dans le temps où la tête occupe le fond du bassin. Il ne peut entrer en concurrence avec aucun autre, quand elle a franchi le détroit supérieur, ainsi que le col de de la matrice, au point de remplir complétement le vagin (1), si ce n'est avec le crochet, lorsqu'on a la certitude de la mort de l'enfant (2), parce qu'on ne ne doit plus alors le retourner pour le faire venir par les pieds.

Causes qui exigent le forceps exclusivement.

1690. Certaines positions désavantageuses de la tête qu'on ne peut rendre meilleures avec la main seule, son enclavement, l'extrême défectuosité du bassin de la femme, et quelquefois la conformation monstrueuse de l'enfant; certaines affections morbifiques, soit de ce dernier, soit des parties molles de la mère, qui servent à l'accouchement; les grossesses par erreur de lieu, et la rupture de la matrice, sont en général des causes qui prescrivent indispensablement l'usage des instrumens.

1691. La plupart de ces causes ayant été développées dans autant de Sections particulières (3), et les autres ne pouvant l'être plus à propos que lorsque nous exposerons la manière d'opérer l'accouche-

(1) Voyez §. 1290 et suivans.
(2) Voyez l'article où l'on traite des signes de la mort de l'enfant.
(3) Voyez depuis le §. 1080, jusqu'au §. 1130 inclusivement.

ment dans chacune d'elles, nous nous bornerons ici à l'enclavement, et à faire remarquer en quoi cet état diffère de celui où la tête est seulement arrêtée au passage.

## ARTICLE PREMIER.

### *De l'Enclavement.*

Définition de l'enclavement.

1692. L'enclavement est cet état dans lequel la tête de l'enfant plus ou moins engagée dans le bassin y est tellement serrée qu'elle ne peut être poussée au-delà, ni même y être mue en aucun autre sens, par les seuls efforts de la nature.

1693. La plupart de ceux qui ont parlé de l'enclavement en ont eu cette idée ; mais quelques-uns ont ajouté qu'il étoit également impossible de refouler la tête avec la main seule au-dessus du point où elle s'étoit engagée : ce qu'on ne sauroit admettre avec eux. Pour que la tête soit réellement enclavée, dit M. *Levret*, il faut de toute nécessité qu'elle soit plus ou moins engagée, sans pouvoir avancer par le seul bénéfice de la nature, ni reculer en la repoussant ; car si l'un ou l'autre sont encore possibles, elle n'est pas arrêtée à demeure, elle n'est pas réellement enclavée (1). D'après une semblable définition (2), on ne devroit pas s'attendre à trouver

(1) Suite des Observations sur la cause de plusieurs accouchemens laborieux, part. II, page 266.

(2) Elle renferme le sens de celle qu'en ont donnée *Peu*, *Deventer*, *de la Motte*, *de Leurie* et autres. En l'admettant rigoureusement dans notre première édition, §. 1518, nous n'en étions pas moins convaincus que la main seule peut refouler une tête véritablement enclavée. Nous avions grand soin, dans nos leçons particulières, d'en instruire nos élèves, mais en leur faisant sentir tous les inconvéniens qu'il y auroit à en user ainsi, dans les vues de retourner l'enfant ; de même que toute l'importance de la préférence qu'on devoit alors au forceps, comme on le verra ci-après.

quelques-uns de ceux qui l'ont admise, aussi souvent en contradiction avec eux-mêmes, en employant le mot enclavement indistinctement pour désigner l'état dont il s'agit, et celui où la tête est simplement arrêtée au passage, quoiqu'il en diffère à beaucoup d'égards. *Voyez* l'article suivant, §. 1728.

1694. Quelques Auteurs ont distingué deux espèces générales d'enclavement, par rapport à la manière dont ils ont imaginé que la tête pouvoit être fixée. Dans l'une, ont-ils dit, la tête ne touche avec force que par deux endroits de sa surface diamétralement opposés, soit au pubis et au sacrum, soit aux parties latérales du bassin ; et dans l'autre elle est également serrée de toutes parts. On peut raisonnablement nier cette dernière espèce ; car, de l'aveu même de ceux qui l'admettent, elle ne peut exister. « Il n'y a pas d'exemple, dit M. *Levret*, de tête enclavée » sur laquelle on ne puisse conduire le forceps avec » plus ou moins d'aisance, soit d'un côté ou de » l'autre, parce qu'elle n'est pas également par- » tout en contact avec le bassin (1) ». L'opinion de *Roëderer* à cet égard est cependant bien différente : « Dans la *paragomphose* complète, dit-il, la tête » de l'enfant est tellement serrée de toutes parts dans » le bassin, qu'on ne sauroit y passer l'aiguille la » plus fine, dans quelque endroit qu'on tente de » le faire (2) ». De ses différences, selon les Auteurs.

1685. Nous n'admettrons qu'une espèce générale d'enclavement ; celle où la tête n'est fixée que par deux points de sa surface diamétralement opposés. Mais cette espèce en renferme de particulières ; car la tête n'est pas toujours située de la même manière, ni fixée par les mêmes points : tantôt elle est prise selon sa longueur entre le pubis et le sacrum, et tantôt selon son épaisseur. Dans le premier cas, Il n'y en a qu'une espèce en général.

(1) Elémens sur l'art des accouchemens, édition IIIe, aph. 617.
(2) *Roëd.* §. 431.

c'est le front et l'occiput qui sont en contact avec le cercle intérieur du bassin; dans le second, ce sont les bosses pariétales. Cette dernière espèce est beaucoup plus rare que la première, et ne peut avoir lieu que dans un bassin resserré au point de n'avoir que trois pouces et quelques lignes de petit diamètre, à moins que la tête ne soit excessivement grosse; encore est-il nécessaire que le sacrum soit alors aplati, et que l'excavation qui dépend de sa courbure soit presque nulle: car la tête ne sauroit s'enclaver en avançant d'un lieu resserré dans un plus large. L'autre espèce peut arriver dans un bassin de trois pouces et demi et même plus.

Opinion de quelques Auteurs à ce sujet.

1696. Les différences de l'enclavement, selon plusieurs Auteurs, ne dépendent pas seulement de l'étendue des points de contact qui fixent la tête, mais encore de la région que cette tête présente au toucher, et de la manière dont cette région est placée à l'égard du bassin. Quelquefois, disent-ils, c'est le sommet qui s'avance le premier, et d'autres fois l'occiput ou l'une des régions temporales, même la face. On ne conçoit pas trop clairement comment la tête pourroit s'enclaver dans ces derniers cas, sur-tout d'après la définition que ces mêmes Accoucheurs ont donnée de l'enclavement. La tête peut s'engager plus ou moins quand elle présente la face, l'occiput ou l'un de ses côtés, et elle s'arrête alors le plus souvent au passage; mais elle ne s'enclave réellement qu'autant que c'est le vertex ou le sommet qui s'avance le premier. La preuve de cette vérité se trouve évidemment dans les observations de ceux qui ont parlé de l'enclavement. On y remarque que pour une seule tête véritablement enclavée qu'ils ont rencontrée, ils en ont taxé dix de l'être, quoiqu'elles fussent très-mobiles dans le bassin, lors même que le vertex se présentoit.

Opinion de M. *Levret*.

1697. Le sentiment de M. *Levret* sur le mécanisme de l'enclavement, et le cas où cet accident arrive le plus communément, ne nous paroît pas conforme aux

grandes vues qu'il annonce d'ailleurs sur cet objet. « Si les eaux s'écoulent promptement, dit-il, soit » en totalité ou en partie, dès le premier temps du » travail de l'accouchement, et que le bregma de » l'enfant se trouve vis-à-vis le milieu de la saillie » qui résulte de l'union du corps de la dernière ver- » tèbre lombaire et du sacrum, cette saillie pourra » se loger dans le bregma, en le déprimant à chaque » contraction utérine ; ce qui empêchera la tête de » tourner dans le second temps pour que le front se » place de côté ; il se fixera dans cet endroit, et ce » sera alors l'occiput qui tendra à descendre le pre- » mier jusqu'au col ; celui-ci se logera derrière l'ar- » cade du pubis ; les épaules s'appuieront au-dessus » des branches supérieures des os pubis, en les débor- » dant plus ou moins ; et si la tête reste long-temps » en cet état, elle s'enclavera (1). » Comment la tête s'enclaveroit-elle donc alors ? Elle ne peut suivre une marche plus favorable dans sa descente ; c'est son extrémité postérieure qui se plonge la première dans la cavité du petit bassin ; à peine y est-elle parvenue, que le derrière du col se trouve appuyé selon la longueur de la symphyse du pubis, et que la région occipitale répond à l'arcade de ces mêmes os, sous laquelle elle doit s'engager pour se relever au-devant du mont de Vénus, en se contournant de derrière en devant sur le bord inférieur de la symphyse comme autour de son axe ; c'est cette position que la tête prend le plus souvent à l'égard du détroit inférieur, soit qu'elle traverse le supérieur dans une situation diagonale ou dans toute autre ; cette position enfin est la bonne position par excellence, considérée dans les derniers temps du travail, et c'est celle que nous devons procurer à la tête quand les efforts de la nature ne la dirigent pas ainsi. *Voyez* ce que nous

(1) Observation sur les accouchemens laborieux, part. II. édit. 4°. page 277.

avons dit ailleurs du mécanisme des différentes espèces d'accouchemens naturels.

1698. Si la tête, dans le cas énoncé, s'arrête et séjourne quelquefois dans le fond du bassin, après avoir suivi la marche qu'indique M. *Levret*, soit parce qu'elle y est retenue par la situation des épaules au-dessus des os pubis, ou par toute autre cause, elle ne peut s'y enclaver. Pour qu'elle s'enclave réellement, il faut qu'elle suive une marche bien différente dans les premiers temps du travail; car elle ne peut se fixer selon sa longueur entre le sacrum et le pubis, que l'occiput ne soit appuyé derrière celui-ci supérieurement et n'y reste en quelque sorte immobile, pendant que le front est forcé de descendre postérieurement vis-à-vis l'angle sacro-vertébral. En suivant cette marche, c'est le plus grand diamètre de la tête qui tend à s'engager dans toute son étendue; c'est la fontanelle antérieure qui se présente de plus en plus, à mesure que la tête fait un pas en avant; c'est sur cette fontanelle que les tégumens s'engorgent et se tuméfient; et c'est ce même point qui constitue le sommet de la forme conique qu'acquiert la tête en s'enclavant, loin de se déprimer et de s'enfoncer sur la saillie du sacrum, comme le dit M. *Levret*.

Conditions requises pour que la tête s'enclave.

1699. La tête peut également s'enclaver selon sa longueur entre le pubis et le sacrum, si l'occiput appuyé contre celui-ci cesse d'avancer, tandis que le front sera contraint de descendre derrière le premier. Dans l'un et l'autre cas, c'est le grand diamètre de la tête qui tend à passer horizontalement entre ces deux os; ce qui ne peut arriver sans qu'elle éprouve des frottemens considérables, même quand il ne s'en faut que de quelques lignes que le bassin ne jouisse de sa largeur naturelle dans cette direction. Nous avons délivré une femme dont la tête de l'enfant étoit enclavée de cette manière depuis deux jours, quoique le bassin fût d'une grandeur ordinaire. Cinq enfans plus volumineux que celui dont il s'agit l'avoient pré-

Observation de tête enclavée.

cédemment traversé fort heureusement, parce que la tête s'y étoit présentée différemment, et que les forces utérines étoient alors autrement dirigées. Nous avons rencontré le même cas chez deux autres femmes depuis cette époque ; il a fallu les accoucher de même, après un travail fort long. Toutes les fois que la tête de l'enfant suit la marche assignée par M. *Levret*, loin d'offrir son plus grand diamètre de front entre le pubis et le sacrum, elle n'y présente que sa hauteur, considérée de la base du crâne au sommet, ou son diamètre perpendiculaire, qui a le plus constamment quinze ou dix-huit lignes de moins que celui dont il s'agit.

1700. La tête de l'enfant acquiert toujours, en s'enclavant, la forme d'un coin plus ou moins alongé, dont la base reste au-dessus de l'endroit où elle s'arrête, comme *de la Motte* l'a très-clairement exprimé, en la comparant alors relativement au bassin, à la pierre qui fait la clef d'une voûte ; d'où l'on voit qu'elle ne peut s'enclaver qu'en passant d'un lieu plus large dans un plus resserré, et qu'il n'est pas impossible de la repousser au-dessus du point où elle s'est arrêtée et fixée.

**Forme que prend la tête en s'enclavant.**

## SECTION PREMIERE.

### *Des causes, des signes et des accidens de l'enclavement.*

1701. L'enclavement ne peut avoir lieu que par le concours de plusieurs causes, dont les unes sont prédisposantes, et les autres déterminantes ou efficientes. Ces dernières dépendent de l'action de la matrice et des autres puissances qui contribuent à l'expulsion du fœtus ; mais cette action doit être véhémente et se soutenir long-temps ; car l'enclavement n'est nullement à craindre dans une femme délicate et épuisée, quelles que soient les causes qui pourroient y donner lieu d'ailleurs.

**Causes efficientes de l'enclavement.**

Causes prédisposantes de l'enclavement.

1702. Les causes que nous appelons prédisposantes viennent de la mère et de l'enfant, et consistent en général dans un défaut de rapport de dimensions entre le bassin de l'une et la tête de l'autre. Ce défaut de proportion dépend quelquefois uniquement de la mauvaise position de la tête, d'autres fois de son volume extraordinaire et de sa solidité, ou de la conformation vicieuse du bassin. Il est si difficile de reconnoître et d'apprécier, par le moyen du toucher, non-seulement le défaut de proportion qui peut donner lieu à l'enclavement, mais encore le degré de solidité de la tête qui y devient nécessaire et la somme de forces que la femme doit y employer, qu'on ne sauroit absolument juger dès le commencement du travail, sans crainte de se tromper, si la tête s'enclavera ou si elle ne fera qu'éprouver de grandes difficultés à traverser le bassin. Ce qu'il y a de bien positif, c'est que la tête ne peut s'enclaver dans un bassin fort large ou fort étroit, relativement à son volume, et que cet accident n'est pas plus à redouter quand elle est très-souple et la femme très-foible. Elle pourra s'arrêter dans le dernier de ces cas, mais elle ne s'enclavera pas réellement.

Signes caractéristiques de l'enclavement.

1703. L'immobilité de la tête est le caractère essentiel et le signe pathognomonique de l'enclavement. La tuméfaction du cuir chevelu, celle du col de la matrice, qui forme alors un bourlet plus ou moins épais au-dessus de la tête, l'engorgement des parois du vagin et celui des parties extérieures de la femme, n'en sont que des signes accessoires, quoiqu'ils en soient inséparables.

1704. Ces effets précèdent toujours l'enclavement et augmentent pendant sa durée. Il est seulement à craindre quand ils se manifestent, mais il n'arrive pas toutes les fois qu'ils ont lieu. On observe fréquemment ces symptômes, et l'enclavement réel est excessivement rare.

Causes des effets acces-

1705. Il n'est pas nécessaire que la tête s'engage

entre les os du bassin et qu'elle y soit étroitement serrée pour que les tégumens du crâne, le col de la matrice, les membranes du vagin et les parties extérieures de la femme s'engorgent et s'enflamment ; il suffit qu'elle soit fortement pressée sur l'entrée de cette cavité pour donner lieu à tous ces effets, puisqu'on les voit paroître dans le même ordre quand il n'existe, pour ainsi dire, aucun rapport entre les diamètres du détroit supérieur et ceux de la tête, ce détroit étant vicié au point qu'elle ne peut nullement s'y engager. *De la Motte* et *Roederer* avertissent même que le cuir chevelu en se gonflant, dans ce dernier cas, s'avance quelquefois tellement dans le vagin qu'il pourroit induire en erreur, en faisant croire que le casque osseux descend, tandis qu'il reste entièrement au-dessus du bassin ; ce que nous avons observé comme eux. Nous avons vu de plus des escharres gangreneuses au col de la vessie, à la suite de ces mêmes cas, la femme n'ayant pas été secourue à temps, pour ce qui regarde l'accouchement. soires de l'enclavement.

1706. De tous les signes qui peuvent faire connoître l'enclavement, il n'en est pas de moins certains que le gonflement des tégumens de la tête, et la tuméfaction des parties de la femme. Si le premier dépend quelquefois de la pression que la tête éprouve entre les os du bassin, bien plus souvent il n'a d'autre cause que la roideur ou la durée que conserve après l'ouverture de la poche des eaux, le bourlet qui constitue le col de la matrice. Il est facile, à la vérité, de juger de laquelle de ces deux causes il provient. Dans le premier cas, le gonflement des tégumens de la tête s'étend au-delà du bord de l'orifice de la matrice, jusqu'à la hauteur où le casque osseux est fortement serré contre la surface du bassin, et ce même bord de l'orifice est également tuméfié et plus ou moins douloureux. Dans le second, ce bourlet est dur, il a peu d'épaisseur, et le gonflement des tégumens du crâne se borne à sa hauteur. Bien plus souvent encore, la Causes de la tuméfaction de la peau du crâne.

tuméfaction de ces tégumens ne dépend que de la résistance que les parties molles extérieures opposent au passage de la tête, comme on le remarque presque toujours dans un premier accouchement. Quant à la tuméfaction de ces mêmes parties, du vagin et du col de la matrice, combien de fois les attouchemens fréquens et inconsidérés, soit de l'Accoucheur ou de la Sage-femme, n'y ont-ils pas donné lieu ? Elle peut être antérieure à l'accouchement, et ne dépendre que de la grossesse ou de quelques causes même étrangères à celle-ci.

L'immobilité de la tête n'est souvent qu'apparente.

1707. Non-seulement ces symptômes ne caractérisent pas l'enclavement, puisque quelques-uns peuvent être étrangers à l'accouchement et à la grossesse, mais l'on n'est pas même fondé à regarder comme enclavée la tête qui a cessé d'avancer, après être parvenue dans le fond du bassin, quoique poussée par de violens efforts, même celle que nous paroissons dans l'impossibilité de repousser ; car si elle ne peut alors descendre davantage, ni reculer d'une manière sensible, souvent elle est mobile sur son pivot, et peut rouler comme sur son axe ; ce qui prouve qu'elle n'est pas exactement enclavée, mais seulement arrêtée au passage. *Voyez* §. 1729 et suivans. Nous pourrions citer un grand nombre de faits à l'appui de toutes ces assertions ; et dans plusieurs, le doigt méthodiquement placé, une position différente de la part de la femme, ont conduit heureusement à leur fin des accouchemens qu'on n'avoit pu opérer avec le forceps.

Signes pathognomoniques de l'enclavement.

1708. La tête n'est véritablement enclavée qu'autant qu'elle ne peut faire aucun de ces mouvemens, qu'un instrument quelconque ne peut parcourir au-delà d'un quart de sa circonférence, ainsi que de celle de l'intérieur du bassin, et ne peut pénétrer dans les endroits où ces parties sont en contact.

Signes communs à l'enclavement

1709. Il seroit bien avantageux qu'on pût distinguer les cas où la tête de l'enfant doit s'enclaver, de celui

où elle menace seulement de le faire, c'est-à-dire, dans lequel elle ne traversera qu'avec beaucoup de difficulté la filière que lui présente le bassin, afin d'abandonner l'accouchement dans celui-ci aux soins de la nature, et de l'opérer dans l'autre avant que l'enclavement n'existe ; mais cette distinction est presque toujours impossible à faire, parce que les mêmes symptômes qui précèdent l'enclavement, se manifestent également quand la tête menace simplement de s'enclaver.

et à l'état où la tête menace de s'enclaver.

1710. Dans l'un et l'autre cas, la tête ne pouvant s'engager qu'autant que les os du crâne se croisent un peu ou se chevauchent par leurs bords, il se forme des plis aux tégumens selon la direction des sutures ; ces mêmes tégumens se gonflent, ils sont poussés en avant, et il s'y élève insensiblement une tumeur plus ou moins large, douée d'une sorte d'élasticité qui n'échappe jamais au doigt de l'Accoucheur. La tête s'étant engagée avec une extrême difficulté, s'arrête plutôt ou plus tard, ou s'avance dans la suite d'un pas si rapide, qu'elle parcourt plus de chemin en quinze minutes et souvent en une seule, qu'elle n'en avoit fait en quinze heures et plus.

1711. Cette différence vient de la forme du bassin. Quand la tête s'arrête au milieu de sa marche et s'enclave, non-seulement cette cavité est resserrée dans son entrée, mais encore dans sa partie moyenne. Cette dernière, qu'on appelle Excavation, ainsi que le détroit inférieur, sont au contraire plus larges que de coutume, ou jouissent du moins de leurs dimensions ordinaires, lorsque la tête descend rapidement sur la fin du travail. Dans le premier cas, la tête subit des frottemens d'autant plus considérables, qu'elle fait un pas de plus en avant ou qu'elle s'engage davantage, jusqu'à ce qu'elle soit entièrement fixée ; ce qui fait que les symptômes énoncés continuent de se développer et acquièrent plus de force et d'intensité. Dans le second cas, elle n'éprouve ces

frottemens que dans son passage à travers le détroit supérieur, qui est le seul dont les dimensions soient viciées; et à peine sa plus grande épaisseur l'a-t-elle franchi, que sa marche devient facile et que tous les effets ci-dessus disparoissent, parce qu'elle se trouve alors dans un lieu moins resserré, qu'elle n'y est plus comprimée, que les os du crâne se restituent dans leur état primitif, et que la circulation interceptée dans quelques veines des tégumens et de la calotte aponévrotique s'y rétablit.

1712. Ce seroit donc presque uniquement au temps qu'il faudroit s'en rapporter pour distinguer la tête qui s'enclavera de celle qui sortira naturellement, après avoir menacé de s'enclaver, si l'on ne pouvoit juger dans tous ces cas de la forme du bassin, de la solidité des os du crâne et de leur assemblage, ainsi que de la somme des forces que pourra employer la femme. S'il est des cas où l'on ne sauroit avoir d'autres règles que le temps, il faut savoir le bien mesurer, pour se décider à propos sur le parti qu'il convient de prendre; car le salut de la mère et de l'enfant, dont l'Accoucheur est alors en quelque sorte l'arbitre, dépend souvent d'un instant; l'excès de confiance qu'il mettroit dans les ressources inconnues de la nature ou dans l'effet de certains remèdes, pouvant être aussi préjudiciable à l'un et à l'autre que le deviendroient des manœuvres trop précipitées et mal dirigées.

1713. L'enclavement est toujours très-fâcheux pour la mère et pour l'enfant. Il ne peut exister long-temps que ce dernier ne périsse, et que l'autre ne soit en butte à mille accidens qui traînent souvent à leur suite des incommodités rebutantes et désagréables, qui rendent la vie pénible et à charge, et mettent la femme dans le cas de souhaiter la mort à chaque instant.

Effets de l'enclavement du côté de l'enfant.

1714. La dépression et souvent la fracture des os du crâne, des engorgemens profonds, des épanchemens dans les ventricules du cerveau, sous la dure-

mère, entre celle-ci et les os, sous le péricrâne même détaché des pariétaux, etc., ainsi que de profondes échimoses entre les muscles sous-occipitaux, sont les effets que nous avons observés sur plusieurs enfans, à la suite de l'enclavement.

1715. La tête ne peut s'enclaver qu'elle ne comprime fortement et n'écrase en quelque sorte les parties molles de la femme, dans les endroits où elle est en contact avec le cercle intérieur du bassin, que les autres parties situées au-dessous, telles que le col de la vessie, le canal de l'urètre, le bord de l'orifice de la matrice, les membranes du vagin, l'intestin rectum, et les parties extérieures même ne se tuméfient et ne s'enflamment. Les urines cessent alors de couler, et on ne peut les évacuer avec la sonde, par rapport à l'affaissement total du canal de l'urètre. La femme, tourmentée à la fois par le besoin de les rendre et par les douleurs de l'accouchement même qu'on la sollicite à faire valoir, se livre à des efforts inconsidérés, jusqu'à ce qu'elle soit épuisée. La fièvre s'allume, le sang s'échauffe et se porte avec impétuosité vers les parties supérieures, où il produit souvent de nouveaux désordres dont les effets sont encore bien plus à craindre que ceux des premiers. Les parois de la matrice appuyées contre les os pubis et l'angle formé par la base du sacrum, contuses et en quelque sorte broyées par la tête de l'enfant, s'ouvrent quelquefois et se déchirent en ces endroits, ou dans un autre lieu plus éloigné, selon qu'elles y sont plus ou moins disposées, soit par la foiblesse de leur tissu même, soit par les angles saillans que forment les parties de l'enfant resserré et comprimé dans ce viscère (1).

Effets de l'enclavement du côté de la femme.

1716. Si l'inflammation des parties qui recouvrent l'intérieur du bassin se dissipe quelquefois après l'ac-

(1) *Voyez* l'article sur la rupture de la matrice.

couchement, où la tête a été pendant quelque temps enclavée, quelquefois aussi, et trop souvent sans doute, la gangrène en est la suite. La chûte des escharres laisse alors des ulcères étendus et rebelles, et des ouvertures plus ou moins larges au col de la vessie et à l'intestin rectum : pour comble d'infortune, lorsque la femme y survit, les urines et les matières fécales tombent continuellement dans le vagin, qui leur sert comme de cloaque, inondent la surface de ces ulcères, en entretiennent la pourriture, et les rendroient incurables, s'ils ne l'étoient déjà par leur nature même.

## SECTION II.

### *Des indications que présente l'enclavement, considéré exclusivement aux accidens qui en sont la suite.*

Indications que présente l'enclavement.

1717. D'après l'ébauche que nous venons de faire des accidens de l'enclavement, on voit combien il seroit salutaire de le prévenir, en terminant l'accouchement à propos. Si nous ne pouvons toujours procurer ce bonheur à la mère et à l'enfant, au moins devons-nous opérer sans délai, lorsque nous avons reconnu que l'enclavement existe, à moins que les circonstances particulières qui en sont déjà la suite, ne présentent des indications plus pressantes encore, et n'exigent des moyens qui deviennent alors préparatoires à l'accouchement, tels que la saignée, les bains, les topiques émolliens, etc., quoiqu'il soit à craindre qu'ils ne soient employés inutilement, ne pouvant remédier à la cause première de tous ces accidens, qui est l'enclavement même.

Indication principale.

1718. L'extraction de l'enfant est l'indication principale ; mais les moyens de l'opérer doivent être variés selon l'état de cet enfant et celui des parties de la mère.

Méthode des Anciens.

1719. Les anciens se servoient de crochets pour démembrer la tête et l'extraire ; et quelques-uns,

jusqu'au milieu de ce siècle, ne les employoient qu'après avoir ouvert le crâne plus méthodiquement avec d'autres instrumens et l'avoir vidé. Plusieurs, parmi les modernes, ont proposé des filets diversement arrangés, qu'on a fort heureusement encore oubliés depuis l'invention et la perfection du forceps. Si les premiers se croyoient réduits à la déplorable nécessité de mutiler l'enfant, les derniers portoient tous leurs soins à le conserver.

1720. *Mauriceau*, dont l'ouvrage est encore très-estimé, pensoit que c'étoit une cruauté nécessaire de donner la mort à l'enfant dont la tête étoit enclavée, pour sauver la mère, dont la perte ne lui paroissoit pas moins inévitable si l'on ne prenoit ce parti ; et *de la Motte*, plus timide, attendoit qu'il fût privé de la vie pour lui ouvrir le crâne et l'extraire avec les crochets. La conduite de l'un, sans doute, n'inspireroit pas moins d'horreur aujourd'hui que celle de l'autre ; de pareils procédés ne pouvant être tolérés au plus que dans le temps où vivoient leurs auteurs, l'art n'ayant pas alors compté parmi ses maîtres les *Smellie*, les *Levret* et tant d'autres qui devoient l'enrichir de leurs découvertes, et effacer en quelque sorte jusqu'aux traces de cette ancienne barbarie, si l'on savoit tirer meilleur fruit de leurs veilles et de leurs méditations.

1721. Si le forceps, dans la circonstance fâcheuse dont il s'agit, ne met pas toujours à couvert la vie de l'enfant, déjà plus ou moins languissante au moment où on l'emploie, on avouera du moins qu'un grand nombre de ceux qu'on auroit immolés pour le salut de la mère, lui ont été redevables de leur existence ; et d'autres, de l'avantage de pouvoir être ondoyés et même baptisés. Quoique cet instrument ajoute peu à la somme des accidens qu'éprouve alors la mère, si l'on s'en sert avec méthode et discernement, il y ajoute assez néanmoins pour qu'on soit en droit de lui préférer, dans certaines occasions, les crochets et autres

Méthodes proposées par les Modernes.

Du forceps.

instrumens destinés à ouvrir la tête, si l'on pouvoit avoir des signes certains de la mort de l'enfant.

Du lévier. 1722. Le lévier de *Roonhuisen*, publié et tant vanté vers le milieu de notre siècle, a tous les inconvéniens du forceps, dans le cas d'enclavement, sans en avoir aucun des avantages, comme nous l'avons démontré ci-devant, quoique quelques Accoucheurs lui donnent encore la préférence. Ce seroit l'instrument qui conviendroit, s'il pouvoit s'insinuer dans le lieu même des points de contact qui constituent essentiellement l'enclavement, si la plus grande épaisseur d'une tête véritablement enclavée, se trouvoit engagée à la hauteur de ces mêmes points, et si cette tête n'avoit à passer que d'un lieu resserré dans un plus large. Le lévier seroit l'instrument le plus propre à lui faire faire ce premier pas, mais il ne faudroit pas en attendre davantage. Son utilité se borneroit à cela ; tout ce qu'on lui a attribué de plus est illusoire.

L'opération césarienne. 1723. L'opération césarienne, recommandée par *Roëderer* dans ce qu'il appelle *paragomphose*, où la tête, dit-il, est serrée de toutes parts contre le bord interne du bassin et ne fait plus qu'un corps avec lui, en exposant la vie de la mère, n'offriroit pas un bonheur plus certain à l'enfant (1), quoique l'enclavement

---

(1) Nous garderions le silence sur les fautes qu'on a commises à cet égard, tant elles nous inspirent d'horreur, si elles ne nous paroissoient plus propres que toute autre chose à graver profondément dans l'esprit des jeunes Praticiens, la vérité de ce que nous avançons sur l'inutilité et le danger de l'opération césarienne, dans le cas où la tête de l'enfant est réellement enclavée. Un Chirurgien, digne de quelques égards par rapport à sa modestie, nous a assuré y avoir coopéré il y a quelques années dans un cas à-peu-près de cette espèce ; et qu'après avoir dégagé le tronc de l'enfant, un homme robuste, monté sur le lit de l'opérée, fut obligé de tirer dessus, de toutes ses forces, et long-temps, pour extraire la tête qu'un autre refouloit d'une main portée dans le vagin. Ce qui nous étonna davantage, fut d'apprendre que la femme eût survécu à cette opération, pour n'être victime que d'une indigestion au temps où l'on comptoit le plus sur sa guérison.

L'Académie de Chirurgie a reçu, dans le cours de 1768, un exem-

vement ne soit jamais tel que l'a publié cet Auteur. Ses avantages, si on pouvoit lui en accorder alors quelques-uns, seroient bien inférieurs à ceux de la section du pubis. La circonstance dont il s'agit seroit même celle où cette nouvelle opération auroit le plus de succès, si les os pubis s'écartoient avec aussi peu d'inconvéniens que l'ont assuré ses partisans; car leur écartement favoriseroit surement l'issue de la tête, en faisant cesser un des points de contact qui la retiennent fixée (1).

1724. Toutes les fois que l'enclavement laisse entrevoir la possibilité d'extraire la tête avec le forceps, il faut y avoir recours; les cas, s'il en existe, où il ne puisse suffire, doivent être excessivement rares. Aucun autre moyen ne doit entrer en parallèle avec lui quand l'enfant est vivant, jusqu'à ce que les avantages de la section du pubis soient mieux constatés, si le temps parvient à nous démontrer qu'elle puisse

Conduite qu'il faut tenir quand il y a enclavement.

---

ple bien plus alarment encore de l'ignorance de certains Chirurgiens adonnés à l'exercice de l'art des accouchemens. On avoit d'abord tenté inutilement l'usage des crochets et d'autres moyens, jusqu'à écraser la tête de l'enfant dans le sein de sa mere. Quoique la femme parût sans ressource, l'Auteur de l'observation, aussi peu instruit que ceux qui l'avoient précédé, fit l'opération césarienne, et ne pouvant faire remonter la tête qui occupoit le fond du bassin, et avoit déjà franchi, ajoute-t-il, le col de la matrice, il eut recours de suite à la section du pubis pour l'extraire par la voie naturelle : ce qui fut tenté vainement encore. Que restoit-il donc à faire? il coupa le col de l'enfant dans la matrice même, par la voie qu'avoit ouverte l'opération césarienne, et fit l'extraction du corps par cette même voie, et celle de la tête par la naturelle, un peu élargie au moyen de la section du pubis. La femme ne vécut que le temps nécessaire pour supporter tant de douleurs; et à l'ouverture de son cadavre, on vit que le petit diamètre du détroit supérieur n'avoit que deux pouces et demi, l'oblique trois pouces et demi, et le transversal trois pouces deux lignes. Le cas que présente cette observation est plutôt de l'espèce désignée au §. 1729 et suivans, que de celle de l'enclavement qui fait le sujet de cet article.

(1) *Voyez* ce qui concerne la section du pubis.

en avoir en quelques occasions ; mais lorsqu'on est certain de sa mort, sur-tout si les parties de la mère sont dans un état d'inflammation et de souffrance, il vaut mieux ouvrir le crâne et le vider, pour entraîner la tête avec les crochets, que de se servir du forceps ; cette dernière méthode ayant l'avantage de faire cesser la force des points de contact qui constituent l'enclavement, au lieu que le forceps, en quelques cas, les laisse subsister et même les augmente ; ce qui peut donner lieu à de nouveaux accidens, ou aggraver un peu ceux qui existent déjà.

1725. Avant d'entrer dans le détail de toutes ces opérations, et des instrumens qui y sont destinés, il est à propos de faire connoître en quoi une tête qui est véritablement enclavée, diffère de celle qui n'est qu'arrêtée au passage.

## ARTICLE II.

### *Des circonstances où la tête peut s'arrêter au passage sans y être enclavée, et de la différence qu'il y a entre celle-ci et celle-là.*

De la tête arrêtée au passage.

1726. Les Auteurs ont employé si vaguement, et dans des circonstances si différentes, le mot de Passage, qu'on ne voit pas bien clairement ce qu'ils ont voulu exprimer par ce terme. Ont-ils donné ce nom à toute l'étendue du canal que la tête doit traverser, ou seulement au détroit inférieur et à l'ouverture des parties molles externes, ainsi qu'il le paroît à travers l'obscurité des écrits de la plupart ? Comme il convient de fixer notre opinion à cet égard, nous prévenons que nous n'exprimons par ce mot, considéré par rapport au bassin seulement, que le détroit inférieur, et que nous ne reconnoissons de tête arrêtée au

passage (1), que celle qui ne peut le traverser malgré les puissans efforts de la nature.

*Ce qu'on doit entendre par le mot passage.*

1727. Diverses causes peuvent arrêter la tête en cet endroit, et chacune d'elles présente des indications différentes. Elle peut s'y arrêter, 1°. lorsqu'elle conserve la position transversale ou diagonale qu'elle avoit en franchissant le détroit supérieur ; 2°. quand le menton s'écarte du haut de la poitrine, et lorsque l'occiput se renverse sur le dos, dès le moment où elle commence à s'engager, parce qu'elle vient alors offrir la partie supérieure du front au centre du détroit inférieur, et y présenter son plus grand diamètre dans toute sa longueur, comme on le remarque au §. 1277 et suivans ; 3°. elle peut trouver le même obstacle au passage, quelle que soit sa position, lorsque le détroit inférieur est resserré ; 4°. quand les parties extérieures lui offrent beaucoup de résistance ; 5°. enfin, si les épaules s'arrêtent elles-mêmes au détroit supérieur. Le défaut de longueur du cordon ombilical, et son entortillement autour du col de l'enfant lorsqu'il est très-long, peuvent encore, dans l'opinion de bien des Accoucheurs, retenir la tête au passage et l'empêcher de sortir ; mais nous croyons avoir suffisamment dévoilé cette erreur dans un autre lieu pour y renvoyer, et nous dispenser de la combattre ici de nouveau. (*Voyez* §. 630, 1168 et suivans.)

*Des causes qui retiennent la tête au passage.*

*Opinion erronée à ce sujet.*

1728. La tête qui est seulement arrêtée au passage, diffère de celle qui est véritablement enclavée, en ce qu'elle n'est pas absolument immobile comme celle-ci. Le plus souvent on pourroit la repousser dans les vues d'aller prendre les pieds de l'enfant, si l'on n'avoit d'autres ressources pour terminer l'accou-

*En quoi cet état diffère de l'enclavement.*

(1) C'est ce qu'entendent tous les Praticiens, toutes les femmes même, qui ne croient la tête au passage qu'autant qu'elle commence à paroître à la vulve.

chement, excepté cependant lorsqu'elle a déjà franchi le col de la matrice, ou qu'elle n'a traversé le détroit supérieur plus ou moins resserré, qu'avec une extrême difficulté. Si elle ne peut rétrograder, dans ce dernier cas, elle jouit d'un mouvement de pivot ou de rotation qu'elle ne peut exécuter dans l'enclavement, quelque borné que soit ce mouvement.

Cas qui a le plus de rapport avec l'enclavement.

1729. Si la tête n'est pas immobile dans le cas énoncé comme dans celui où elle est enclavée, si elle peut avancer un peu pendant la douleur et remonter ensuite, si on peut aisément la repousser, même au-dessus de la marge du bassin, ou la faire rouler sur son axe, il est une circonstance néanmoins où ses mouvemens sont assez bornés pour faire croire qu'elle est réellement enclavée. Pour dévoiler cette circonstance, il faut supposer aux détroits du bassin une largeur déterminée au-dessous des dimensions naturelles de la tête, pendant que l'excavation est respectivement plus grande ; ce qui arrive souvent quand le sacrum est vicié par excès de courbure. Nous fixerons à trois pouces et quelques lignes la distance du pubis à cet os, supérieurement ; et au bas de la première pièce du coccix, inférieurement.

1730. En partant de cette supposition, qui n'est pas gratuite, puisqu'on trouve beaucoup de bassins semblables à celui qu'elle désigne (1), la tête dont l'épaisseur transversale est communément de trois pouces et demi, prise entre les bosses pariétales, ne peut franchir le détroit supérieur qu'en diminuant de plusieurs lignes dans cette direction, et le détroit inférieur, qu'en éprouvant une réduction égale de son sommet à la base du crâne, puisque c'est cette dimension qui doit alors passer selon le petit diamètre de ce détroit.

1731. La marche de la tête est d'abord très-lente

(1) Nous en avons plusieurs dans notre collection.

dans ce cas (1) ; il se forme des plis aux tégumens qui la recouvrent, et bientôt on y sent une tuméfaction plus ou moins étendue, qui augmente de volume jusqu'à l'instant où elle a franchi le détroit supérieur, comme on le remarque quand l'enclavement doit avoir lieu ; mais à peine a-t-elle traversé ce premier détroit, que tous ces symptômes s'évanouissent si les douleurs se ralentissent ou discontinuent, que le crâne reprend sa première épaisseur, ainsi que cela se passe sous nos yeux quand l'enfant vient au monde avec la tête alongée et comme difforme, parce qu'elle est alors plus libre dans l'excavation du bassin, et n'est plus comprimée sur ses côtés comme dans les premiers temps. Cette restitution, selon l'épaisseur transversale du crâne, se fait même d'autant plus promptement, dans le cas dont il s'agit, que la pression qu'éprouve le vertex sur la pointe du sacrum, sur le coccix et le périnée, tend à diminuer sa hauteur, à courber davantage les pariétaux et à déjeter leur protubérance en dehors, à augmenter enfin sa largeur d'un côté à l'autre.

1732. A moins que les efforts de la femme ne se soutiennent encore long-temps et avec véhémence, la tête ainsi retenue ne peut être expulsée du bassin ; tant il est difficile qu'elle s'affaisse suffisamment du sommet à sa base. Quand ces efforts se continuent ainsi, la tuméfaction du cuir chevelu loin de diminuer, comme nous l'avons dit plus haut, augmente de plus en plus, ainsi que cela se voit dans le véritable enclavement. Si la tête, dont la marche est alors très-lente, diffère en quelque chose de celle qui est enclavée, c'est qu'elle peut encore descendre un peu à chaque douleur, pour se relever ensuite, il est vrai ; c'est qu'elle peut se mouvoir de même sur son axe,

(1) Nous avons observé plusieurs fois ces sortes de cas ; c'est pourquoi nous en parlons ici au positif.

et qu'elle ne touche nulle part avec assez de force pour qu'on ne puisse, sans beaucoup de peine et sans inconvéniens, introduire entre elle et les parois du bassin un instrument convenable.

1733. Le crâne est alors comme emboîté dans le milieu de cette cavité, sans pouvoir avancer ni reculer d'une manière très-sensible, à moins qu'on n'y emploie de grandes forces et qu'on ne les dirige méthodiquement. Soit qu'on tente d'extraire la tête ou de la repousser, il faut alors diminuer son volume dans le sens qui doit passer entre le pubis et le sacrum. Elle doit s'aplatir du vertex à sa base pour sortir, et il faudroit la comprimer d'une protubérance pariétale à l'autre pour la remonter au-dessus du bassin, comme elle a été comprimée dans ce sens en descendant; ce qu'on ne peut guère opérer avec la main, et ce qu'il seroit d'ailleurs très-dangereux de faire (1).

Indications que présentent les causes qui retiennent la tête au passage.

1734. Nous avons annoncé que chacune des causes capables de retenir ou d'arrêter la tête au passage, présentoit une indication particulière; c'est ici le moment de le faire connoître. Quand l'obstacle qui empêche la tête de s'engager dans le détroit inférieur ne vient que de sa position transversale à l'égard de ce détroit, il faut la changer, et ramener l'occiput sous le pubis, à moins que des raisons déjà connues n'invitent à le tourner vers le sacrum. Lorsque la tête s'est engagée de manière que le haut du front se présente au centre du détroit inférieur, il faut repousser le front même pour faire descendre la réunion de la suture sagittale et de la lambdoïde, comme on le voit aux §. 1284 et suivans. On doit l'extraire avec le forceps, toutes les fois qu'elle est arrêtée au passage par le défaut de largeur du détroit inférieur, à moins que ce défaut ne soit excessif, car il exigeroit alors

(1) C'est dans les cas de cette espèce où l'opération césarienne laisseroit après elle de grandes difficultés à lever pour l'extraction de la tête. *Voyez* la note qui a rapport au §. 1723.

d'autres moyens (1). Il suffit au contraire de relâcher et de détendre les parties molles extérieures, lorsqu'elles opposent une résistance supérieure à l'action des organes qui s'efforcent d'expulser l'enfant, et que la tête n'est arrêtée que par cette cause. On ne pourra changer aussi facilement la direction des épaules au détroit supérieur, quand ce seront elles qui s'opposeront à l'effet de cette même action expultrice, quoique M. *Levret* l'eût recommandé (2) ; et nous prévoyons d'avance l'étonnement que fera naître la proposition du forceps, dans l'esprit de ceux qui n'ont pas assez médité ce point.

1735. Ce n'est jamais que par induction qu'on juge que ce sont les épaules appuyées sur le détroit supérieur qui mettent obstacle à l'expulsion de la tête. Pour que cette induction soit fondée, il faut, 1°. que le bassin soit d'une profondeur ordinaire, médiocrement resserré dans son entrée, et bien conformé du reste, c'est-à-dire, d'une bonne largeur au détroit inférieur ; 2°. que la tête parvenue dans l'excavation y soit libre et peu serrée ; 3°. que les parties extérieures ne paroissent pas mettre d'empêchement à sa sortie, et que les forces expultrices se soutiennent assez pour l'opérer en tout autre cas. Si l'on est bien fondé alors à attribuer l'obstacle qui s'y oppose à la situation des épaules et à leur rapport avec le détroit supérieur, ce n'est qu'après la sortie de la tête même qu'on peut reconnoître qu'il ne dépendoit pas d'une autre cause.

---

(1) Les crochets, si l'enfant est mort ; et l'opération césarienne, s'il est vivant. On ne doit pas confondre ici le cas où l'extrême étroitesse du détroit inférieur s'oppose à la sortie de la tête et à l'application du forceps, avec ceux qui font le sujet du §. 1729 et suivans, et qui ont donné lieu à la note du §. 1723, parce qu'il en est très-différent. Quand le détroit inférieur est autant resserré, le supérieur est très-évasé, et la tête peut aisément rétrograder.

(2) M. *Levret*, suite des Observations sur la cause et les accidens de plusieurs accouchemens laborieux, 4e édition, page 4, observ. II.

1736. Ce cas diffère à plusieurs égards de celui pour lequel M. *Levret* recommandoit de changer la direction des épaules au détroit supérieur, soit en avançant une main dans le vagin, soit en se servant d'une branche du forceps (1). Nous croyons avoir démontré que l'obstacle qui s'opposoit alors à l'expulsion de la tête, ne provenoit que de sa position même et de la manière dont elle s'étoit engagée, et qu'il ne dépendoit nullement de celle des épaules (2). Dans le cas dont il s'agit, il en dépend entièrement au contraire : appuyées sur la marche du détroit qu'elles débordent déjà, et s'élargissant encore pendant l'effort qui tend à pousser le tronc en avant, les épaules empêchent ce même effort d'agir sur la tête et de l'expulser. Ce seroit également en vain, dit le célèbre Auteur que nous venons de citer, qu'on s'efforceroit de l'extraire, puisque les épaules ne pourroient suivre (3). Si l'on fait attention à la mobilité du col de l'enfant, et si l'on compare en même temps sa longueur à la profondeur du bassin, on verra que le jugement de M. *Levret* n'est pas aussi bien fondé qu'il le paroît d'abord, et qu'on peut extraire la tête sans que les épaules s'engagent d'une seule ligne. Pour mettre cette vérité à la portée de tous les gens de l'Art, supposons la tête de l'enfant dans le fond du bassin, l'occiput derrière le trou ovalaire gauche, et la fontanelle postérieure près le bord de l'arcade du pubis de ce côté. La mobilité du corps permet de ramener l'occiput en plein et sans inconvénient sous le pubis, c'est un fait dont personne ne sauroit douter, et sa longueur, qui excède celle de la symphyse de celui-ci, ne permet pas moins de dégager entièrement cette extrémité occipitale de la

(1) La tête ne s'est pas renversée sur le derrière du col en s'engageant, comme on le remarque au §. 1278 et suiv. c'est la fontanelle postérieure qui se présente ici, en bas, et non le haut du front.

(2) *Voyez* §. 1278 et suivans.

(3) *Levret*, au lieu déja cité au §. 1734.

tête en la relevant au-devant du mont de Vénus, comme elle se dégage dans l'accouchement ordinaire. Si la longueur du col postérieurement est alors à-peu-près l'équivalent de celle de la symphyse du pubis, l'étendue de sa partie antérieure, prise du menton au haut de la poitrine quand la tête est renversée sur le dos, égale au moins la longueur du sacrum ; d'où l'on voit que le menton peut parvenir au bas de la vulve, sans que les épaules et la poitrine quittent la marge du bassin, et sans que le col même soit tiraillé douloureusement. L'extraction de la tête est donc possible dans le cas où les épaules fixées sur le détroit supérieur en rendent l'expulsion impossible, et nous la préférons à ce que M. *Levret* recommandoit. Si les épaules ne descendent pas après la sortie de la tête, on les déplacera bien plus facilement et plus avantageusement qu'on ne l'auroit fait auparavant, puisque le bassin alors sera plus libre. C'est le parti que nous avons suivi en plusieurs cas de cette espèce, et celui que nous suivrons s'il s'en présente de nouveau.

---

## CHAPITRE III.

### *De l'usage du forceps, et de la manière de s'en servir dans chacun des cas où il convient.*

1737. La plupart de ceux qui ont parlé de l'usage du forceps, n'ont donné à ce sujet que des règles vagues et incertaines ; de sorte qu'on seroit tenté de croire que son application ne peut être réduite en méthode, et que ses succès ne dépendent que d'un hasard heureux. C'est pour n'avoir pas fait assez d'attention à la position de la tête, à sa hauteur dans le bassin, ainsi qu'à la marche qu'elle doit suivre dans telle ou telle situation, que nombre d'Accoucheurs n'ont pas toujours obtenu de ce moyen les avantages qu'ils en attendoient, et que beaucoup aujourd'hui l'emploient vainement encore, même dans des cas très-simples. Nous avons déjà annoncé que la manière de l'appliquer n'étoit pas arbitraire, mais subordonnée à des règles fixes, qui sont fondées sur la connoissance du bassin de la femme ; sur celle de la structure, de la forme et de la situation de la tête de l'enfant ; sur celle du rapport des dimensions de toutes ces parties ; du mécanisme de l'accouchement ; de la forme enfin, et de la manière d'agir de l'instrument même.

## ARTICLE PREMIER.

### *Des règles générales concernant l'usage du forceps.*

Règles concernant l'application du forceps.

1738. Parmi les règles qu'il faut observer dans l'emploi de cet instrument, les unes regardent la situation de la femme, et les autres la manière d'opérer.

1739. Une seule et unique position convient dans tous les cas. La femme doit être couchée à la renverse sur l'extrémité de son lit, de sorte que les fesses le débordent un peu, comme nous l'avons conseillé pour l'accouchement contre nature; on prendra d'ailleurs les mêmes précautions pour la fixer dans cette attitude. Toute autre position nous paroît incommode, soit pour la femme, soit pour l'opérateur même, et sur-tout celle où la femme est appuyée sur les coudes et sur les genoux, ayant le ventre tourné vers le lit, et offrant le derrière à l'Accoucheur (1). De la situation que doit avoir la femme.

1740. Il y a cependant des circonstances plus favorables où l'on peut accoucher la femme avec le forceps, quoique couchée sur le petit lit ordinaire comme dans l'accouchement naturel, pourvu qu'elle ait seulement les fesses un peu élevées, les cuisses et les jambes fléchies; c'est lorsque la tête occupe entièrement le fond du bassin, et que l'occiput ou le front se présente à l'arcade du pubis.

1741. Les règles qui concernent la décence ne doivent pas non plus être négligées; tout homme honnête les devinera aisément. Quoique les femmes les plus scrupuleuses sur ce point ne nous astreignent pas à détourner les yeux du lieu où nous portons l'instrument, il ne faut cependant pas les découvrir sans nécessité, et les exposer aux regards des assistans.

1742. Les règles qui ont rapport à l'application du forceps, bien plus importantes que ces dernières, ne sont connues que du Praticien éclairé. Il faut observer, 1°. de chauffer un peu l'instrument, d'en séparer les branches, et de les enduire de beurre ou de pommade; Précautions à prendre à l'égard du forceps même.

(1) Nous réunissons depuis long-temps entre mon frère et moi une pratique que celle d'aucun autre Accoucheur ne sauroit surpasser; et nous n'avons encore rencontré aucun cas où il fallût mettre la femme dans cette attitude, soit pour favoriser l'expulsion de l'enfant, soit pour le retourner et l'amener par les pieds, soit enfin pour l'extraire avec le forceps.

2°. de les insinuer séparément, et d'une manière différente, selon la position de la tête de l'enfant, et le lieu du bassin qu'elle occupe (1).

Des régions de la tête sur lesquelles on doit placer le forceps.

1743. Les branches du forceps doivent toujours être appliquées sur les côtés de la tête ; s'il y a des exceptions à cette règle, elles sont en très-petit nombre, et nous les ferons connoître dans la suite. Quelquefois il est à propos de commencer par introduire la branche mâle, c'est-à-dire, celle qui porte le pivot, et d'autres fois la branche femelle. S'il faut, en bien des cas, les insinuer vers les parties latérales du bassin, souvent aussi l'on doit en placer une sous le pubis, et l'autre au-devant du sacrum ; ou bien elles doivent répondre aux espaces moyens entre ces quatre principaux, parce que chaque position de la tête exige un manuel différent à plusieurs égards.

Remarque de M. *Levret*, à ce sujet.

1744. Cette remarque n'a pas échappé au célèbre *Levret ;* car après avoir fait l'énumération des cas où l'on est obligé d'appliquer le forceps, il dit que chacun d'eux semble exiger une méthode particulière, mais qu'il en a inventé une générale applicable à tous. Il donne comme préceptes invariables de ne jamais appliquer le forceps sur la face de l'enfant, et de ne l'introduire par d'autres endroits que les côtés du bassin, parce que c'est là, ajoute-t-il, où il y a le plus de vide. Nous exposerons brièvement la méthode générale, qui a pour base ces deux grands principes, afin qu'on puisse en juger et la comparer avec celle que nous décrirons dans la suite pour chaque cas en particulier.

1745. Il faut, selon M. *Levret*, chercher l'endroit du bassin où il y a le plus de vide, et où la tête est le

(1) On est assez dans l'usage de cacher le forceps à la femme, crainte de l'effrayer ; mais nous croyons que rien ne peut la rassurer davantage que de le lui faire connoître et de le lui laisser examiner, puisqu'on ne peut s'en servir sans qu'elle s'en apperçoive. Nous ne l'avons jamais employé que nous ne l'eussions en quelque sorte reçu des mains de la femme même.

moins serrée ; c'est, dit-il, sur les côtés. Si c'est du côté gauche, par exemple, on y insinue la branche femelle du forceps de manière que son bord convexe soit en-dessus et sa nouvelle courbure en-dessous, ou tournée vers la fourchette, avec la précaution d'en tenir le bout extérieur très-bas, jusqu'à ce que l'extrémité de la cuiller soit parvenue dans l'échancrure de l'ilium, ou à la hauteur du détroit supérieur. On lui fait alors décrire, comme en cernant, la moitié d'un cercle, en la faisant passer sous la tête de l'enfant et au-devant du sacrum, pour la conduire du côté opposé à celui par où elle a pénétré, mais de sorte que sa nouvelle courbure y soit en-dessus et son bord convexe en-dessous. On insinue ensuite la seconde branche du même côté, c'est-à-dire, vers le côté gauche, dans le cas supposé ; mais de manière que son bord concave soit en-dessus, ou tourné vers le pubis. D'après le précepte que donne également M. *Levret*, de ne jamais porter les branches du forceps sur la face, on ne seroit plus le maître de commencer par tel ou tel côté du bassin, dans le cas où la tête se trouve située en travers ou obliquement, puisqu'il faudroit le faire vers celui où répond l'occiput. Examinons d'abord cette méthode relativement aux positions dans lesquelles l'occiput se présente au pubis et au sacrum, la tête occupant en partie ou en totalité la cavité du petit bassin.

Idée qu'on doit avoir de la méthode de M. *Levret*.

1746. En se rappelant ce que nous avons dit de la méthode de *Roonhuisen*, à l'occasion de son lévier, il n'est personne qui ne reconnoisse le défaut de celle de M. *Levret*. Elle est évidemment impraticable dans le cas d'enclavement, de quelque espèce qu'il soit, et ne peut s'exécuter lorsque la tête est volumineuse, relativement au bassin, sans néanmoins y être enclavée. Elle ne conviendroit au plus que quand la tête est petite et très-libre dans cette cavité ; mais alors, pourquoi faire parcourir à la première branche du forceps les deux tiers de la circonférence intérieure

du bassin, pour parvenir dans un lieu où elle peut être introduite d'abord avec bien moins de peine que de l'autre côté ? Ceux qui compareront la pratique de M. *Levret* à ce sujet et à l'égard de beaucoup d'autres points, avec les grandes vues qu'il annonce d'ailleurs sur l'art d'accoucher, seront frappés du contraste singulier qu'on y remarque.

Méthode trop généralement adoptée.

1747. La plupart des Accoucheurs ne connoissent encore aujourd'hui qu'une seule manière d'appliquer le forceps, mais bien différente de celle que nous venons d'exposer. C'est d'en insinuer les branches sur les côtés du bassin, sans avoir égard à la situation de la tête ; de sorte qu'une d'elles se trouve quelquefois appliquée sur la face, et l'autre sur l'occiput ; d'autres fois sur les oreilles, ou bien de manière qu'elles embrassent la tête diagonalement selon sa longueur, c'est-à-dire, d'un côté du front et de la face à l'autre côté de l'occiput.

Précautions nécessaires pour introduire le forceps.

1748. Nous avons fait remarquer au §. 1743, que les deux branches de cet instrument devoient toujours être placées sur les côtés de la tête, excepté peut-être dans un seul cas que nous exposerons dans la suite ; mais en quelque endroit du bassin qu'on les introduise, chacune d'elles doit y être précédée de l'extrémité d'un ou de plusieurs doigts, pour les diriger plus surement dans le lieu qu'il convient, et sous le bord de l'orifice de la matrice. Il y a bien peu de cas où il faille introduire toute la main dans le vagin pour les guider ainsi, quand même il y auroit assez d'espace pour le faire.

Tems où il convient en général d'appliquer le forceps.

1749. On ne doit jamais appliquer le forceps avant que le bord de l'orifice de la matrice ne soit souple, et cette ouverture bien dilatée ou susceptible d'une facile dilatation ultérieure. Les parties extérieures demandent les mêmes attentions et les mêmes ménagemens. Nous n'entrevoyons aucun cas où il faille y recourir avant qu'on n'ait disposé toutes ces parties à son application.

1750. Il ne faut jamais pousser les branches de l'instrument avec force pour les insinuer à la hauteur requise. Comme les obstacles qui s'opposent le plus souvent à leur progression ne dépendent que de certains replis des tégumens du crâne de l'enfant ou des parties de la mère, on les surmonte presque toujours aisément en variant un peu la direction de l'instrument. S'il s'en présente quelquefois de plus considérables, ils proviennent de ce que le bout de la cuiller porte avec trop de force sur la tête ou contre les parois du bassin, de sorte que les courbures de cet instrument ne sont pas dans le rapport le plus exact avec celles de ces deux parties. On évite et on surmonte encore ces difficultés en changeant la direction qu'on avoit fait suivre jusqu'alors à l'instrument, soit en élevant ou en abaissant davantage son extrémité qui est au-dehors, soit en l'inclinant vers l'une ou l'autre cuisse, selon les circonstances qui ont lieu, et qui ne peuvent être bien saisies que par celui qui opère.

Des causes qui s'opposent à l'introduction du forceps.

1751. L'Accoucheur qui a toujours présent à l'esprit les différentes courbures de l'instrument, la forme du corps sur lequel il veut l'appliquer, celle du bassin et la direction de son axe, rencontre bien moins de difficultés que celui qui ne fait aucune attention à toutes ces choses, ou qui les ignore.

1752. Les doigts de l'Accoucheur ne pouvant plus pénétrer sous le bord de l'orifice de la matrice pour y diriger l'instrument quand la tête de l'enfant l'a franchi, et remplit toute la cavité du bassin, il faut observer soigneusement, dans l'introduction des cuillers, d'en tenir l'extrémité appliquée le plus exactement possible sur la tête, afin que cette extrémité passe d'elle-même sous ce cercle, qu'elle n'en pince pas le bord plus ou moins saillant, et qu'elle ne porte pas sur l'union de la matrice avec le vagin, qu'on pourroit déchirer si on vouloit plonger cet instrument plus avant en employant plus de force.

Autre précaution relative à l'usage du forceps.

De la manière dont la tête doit être prise par l'instrument.

1753. Dans tous les cas on doit faire ensorte que la tête soit prise selon sa plus grande longueur, c'est-à-dire, de manière qu'une ligne qui partageroit en deux parties égales le sinus du forceps, en partant du centre de la jonction des deux branches à l'intervalle que les cuillers laissent entre elles à leur extrémité, traversât cette tête obliquement de l'extrémité postérieure de la suture sagittale au menton, ou de celui-ci au premier point, comme on le voit sur la XVIII^e et la XXXV^e Tables de *Smellie*, ainsi que sur la VIII^e des nôtres.

Pression que la tête doit éprouver de la part du forceps.

1754. La pression que le forceps doit exercer sur la tête de l'enfant pendant qu'on en fait l'extraction, doit toujours être relative au rapport des dimensions de cette partie avec celle du bassin. Quand ce dernier est bien conformé, il faut peu serrer la tête entre les branches du forceps, et seulement assez pour qu'il ne la quitte pas en chemin. Lorsque le bassin est vicié, on doit l'embrasser plus étroitement ; parce qu'elle ne peut franchir cette cavité qu'en diminuant de volume, au moins dans un sens, et qu'autant qu'on emploie beaucoup de force pour l'extraire. Il est même souvent nécessaire dans ce dernier cas de rapprocher exactement l'une contre l'autre les branches du forceps, extérieurement, et de les fixer dans cet état au moyen d'un lien, ou d'une serviette roulée dont on enveloppera ensuite le tout jusqu'au voisinage des parties de la femme, afin de le tenir plus sûrement qu'on ne le feroit si l'instrument étoit à nu.

1755. Quand on a porté le forceps sur la tête retenue ou enclavée dans le détroit supérieur, il faut l'extraire sans rien attendre des forces de la mère, et ne pas en commettre l'expulsion aux soins de la nature, après l'avoir entraînée dans le fond du bassin ; comme l'ont recommandé quelques-uns sous le vain prétexte de ménager les parties de la femme, et de leur donner le temps de se dilater : quoiqu'on eût

rigoureusement

rigoureusement satisfait alors à l'indication qu'on avoit à remplir, et que le forceps ne fût plus d'une nécessité indispensable comme dans le premier moment. Les parties sont suffisamment préparées à la dilatation, si l'on a bien observé ce que nous avons prescrit au §. 1749, et l'on peut, en outre, l'opérer tout aussi graduellement avec le forceps, et peut-être plus, qu'elle ne s'opère dans l'accouchement naturel. D'ailleurs, comme les parties sont sous les yeux de l'Accoucheur, qu'il est à même d'en suivre le développement, il se comportera de la manière la plus avantageuse à cet égard. S'il y a des cas où il convienne d'ôter l'instrument quand la tête commence à paroître à la vulve, il y en a beaucoup plus où cette précaution est inutile; et sur-tout où il est nécessaire de continuer d'opérer, parce que la femme épuisée ne pourroit se délivrer seule, malgré que la tête eût fait le pas le plus difficile.

1756. Toutes les fois qu'on emploie le forceps, on doit faire suivre à la tête une marche relative à sa position et telle que nous l'avons tracée d'après l'observation, en exposant le mécanisme des différentes espèces d'accouchemens naturels; c'est-à-dire, qu'il ne faut lui faire présenter que les plus petits diamètres possibles à ceux du bassin. *Voyez* §. 677 et suivans, jusqu'au §. 752 inclusivement. *Direction que doit suivre la tête entraînée par le forceps.*

1757. Il ne faut jamais tirer en droite ligne sur le forceps, parce que la tête descendroit plus difficilement, ainsi que l'a déjà fait observer le célèbre auteur de cet instrument. Mais l'on doit aussi mettre des bornes aux mouvemens de rotation que conseille cet Accoucheur dans l'intention *de dérider le vagin.* Il suffit de porter un peu l'extrémité externe du forceps alternativement vers l'une et l'autre cuisses de la femme, en même temps qu'on tire à soi. Il faut également observer de relever insensiblement cette même extrémité vers le ventre de la femme, à mesure que la tête s'engage dans le détroit inférieur et la

vulve. Dans ce dernier moment, on doit tenir l'instrument d'une seule main, et appliquer l'autre contre le périnée pour le soutenir et en prévenir la rupture, comme on le fait dans l'accouchement naturel. L'on ne doit dégager les branches du forceps qu'à l'instant où les protubérances pariétales de l'enfant ont franchi l'ouverture de la vulve.

1758. L'application du forceps exigeant en général d'autant moins de préceptes, et présentant d'autant moins de difficutés, que la tête est plus près des parties extérieures de la femme, et *vice versâ*, nous exposerons d'abord comment on doit y procéder quand la tête occupe le fond du bassin et s'y trouve entièrement engagée; afin de passer du simple au compliqué, et de décrire les différentes manières d'opérer avec plus de clarté.

## ARTICLE II.

### *De la manière de se servir du forceps, quand la tête, présentant le sommet, occupe le fond du bassin.*

1759. Ceux qui ont bien saisi l'ensemble des règles générales que nous venons d'établir sur l'usage du forceps, et sur-tout celles qui font le sujet des §. 1743, 1753 et 1756, sont déjà prévenus que cet instrument ne sauroit être appliqué de la même manière dans tous les cas où la tête s'est engagée, en présentant le vertex, jusqu'au fond du bassin; puisque ses côtés sur lesquels les cuillers doivent être placées, ne répondent pas toujours aux mêmes points de parois de cette cavité; et qu'elle doit suivre une marche différente, à quelques égards, dans chaque position où elle peut s'y présenter : il convient donc de décrire successivement ce qu'on doit faire pour ces diverses positions.

## SECTION PREMIÈRE.

*De l'application du forceps dans la position où l'occiput répond à l'arcade du pubis, et le front au sacrum; ainsi que dans celle où l'occiput est contre ce dernier, et le front vis-à-vis l'arcade du pubis.*

1760. De toutes les positions dans lesquelles le sommet de la tête est susceptible de se présenter au détroit inférieur, aucune n'est plus favorable à son issue et à l'application du forceps, que celle où l'occiput répond à l'arcade du pubis et le front au milieu du sacrum. Soit qu'elle se trouve enclavée dans cette direction, soit que le défaut de douleurs expulsives, l'épuisement de la femme, l'hémorrhagie, ou toute autre cause, nous obligent de recourir à cet instrument, il faut s'en servir de la manière suivante. Première méthode d'appliquer le forceps.

1761. La femme étant placée comme il est prescrit au §. 1739 ou au suivant, et les choses convenablement préparées, on insinue la branche mâle du forceps vers le côté gauche du bassin, et l'autre sur le côté droit. On introduit d'abord deux doigts de la main droite, ou bien un seul, sous le bord latéral gauche de l'orifice de la matrice, si on peut encore y atteindre, ou, autrement, le plus haut possible sur la tête de l'enfant. De l'autre main, tenant la branche mâle de l'instrument par son milieu, à-peu-près comme on tient une plume à écrire, on présente le bout de la cuiller à la vulve, sa courbure sur le champ, ou sa nouvelle courbure, tournée vers le pubis, et son extrémité en forme de crochet inclinée au-dessus de l'aine droite de la femme. On plonge cette cuiller dans le vagin à la faveur des doigts qui lui en préparent le chemin; quand son extrémité a dépassé ceux-ci, on commence à changer la direction du bout extérieur et à l'éloigner un De l'introduction de la premiere branche.

peu du pli de l'aine au-dessus duquel on le tenoit incliné. On l'abaisse insensiblement en le portant vers la cuisse gauche de la femme, mais seulement en proportion de ce que la cuiller pénètre plus avant; l'on continue jusqu'à ce qu'elle soit entrée à la profondeur de quatre à cinq pouces, et que le corps de l'instrument qui est au-dehors soit à-peu-près selon la même ligne que l'axe du tronc de la femme.

Profondeur à laquelle on doit la porter.

1762. On doit insinuer cette branche à la profondeur de quatre à cinq pouces, afin que son extrémité se trouve appliquée aux environs de l'angle de la mâchoire inférieure, ou près des joues; comme on le remarque sur la planche huitième. L'on doit être certain qu'elle touche à ce point et qu'elle est bien placée, lorsqu'elle vacille peu, que le pivot répond à la symphyse du pubis, quoique éloigné d'elle de plusieurs pouces, si l'on se sert de notre forceps d'adoption; enfin, si, en tirant en droite ligne sur l'instrument, l'on éprouve une sorte de résistances à l'extrémité qui est cachée.

Elévation que doit avoir ensuite son extrémité externe.

1763. La hauteur à laquelle on doit tenir alors le bout qui est au-dehors, sera différente un peu selon la direction particulière du bassin de la femme et l'inclinaison plus ou moins grande de ce canal relativement à l'horizon. Quoiqu'on ne puisse donner de règles bien positives à ce sujet, nous dirons cependant que cette extrémité, dans le cas dont il s'agit, doit être élevée de manière que toute la portion de l'instrument qui est apparente décrive avec une ligne conduite horizontalement du bas de la vulve entre les genoux de la femme, un angle dont la base soit de trente à quarante degrés. *Voyez* la huitième planche et son explication. On suppose ici la femme couchée sur le dos et ayant les fesses un peu relevées. Un aide intelligent doit maintenir cette première branche du forceps dans la situation indiquée, pendant qu'on appliquera la seconde.

1764. On insinue celle-ci avec les mêmes précautions, mais en la tenant de la main droite, et de sorte que son extrémité en forme de crochet soit d'abord inclinée au-dessus de l'aine gauche. Deux doigts de l'autre main, ou un seul, introduits dans le vagin entre la tête et le côté droit du bassin, doivent guider cette cuiller dans sa progression. A mesure qu'elle pénètre, on abaisse convenablement le bout qui est au-dehors, et on l'écarte de la cuisse gauche de la femme; de manière que l'ouverture de cette branche destinée à recevoir le pivot de la première, puisse le faire librement en passant vis-à-vis. On réunit alors ces deux branches, et on les fixe dans cet état en faisant faire un demi-tour au pivot dont il s'agit. Introduction de la seconde branche.

1765. On saisit ensuite le forceps des deux mains; savoir, de la gauche placée au-dessus de la jonction des branches, près le pubis de la femme, et de la droite à son extrémité, ainsi qu'on le remarque sur la huitième planche. On tire à soi, en portant cette extrémité du forceps alternativement vers l'une et l'autre cuisses du sujet; mais de sorte qu'elle ne parcoure pas au-delà d'une étendue de sept à huit pouces; car en lui faisant parcourir davantage, les parties molles dont sont recouvertes les branches des os ischium et pubis, qui servent, en quelque manière, successivement de point d'appui aux branches du forceps dans ces différens mouvemens, seroient fortement froissées par le dos des cuillers. On relève d'ailleurs insensiblement le bout de l'instrument vers le ventre de la femme, à mesure que la tête s'engage dans le détroit inférieur, comme on l'a déjà fait observer. Quand elle est descendue au point de distendre le périnée, on soutient celui-ci d'une main, et l'on tire de l'autre seulement sur l'instrument; mais avec lenteur, pour donner le temps aux parties extérieures de se développer et de se dilater plus graduellement. En se conduisant ainsi, on fait décrire à la tête la De la manière d'extraire la tête en pareil cas.

marche qu'elle suit quand elle est poussée par les seuls efforts de la nature, et l'art n'est qu'une imitation de celle-ci.

Second cas de l'application du forceps.

1766. Après la position dont nous venons de parler, il n'en est pas qui exige un procédé plus simple que celle où le front de l'enfant est caché derrière le bord inférieur de la symphyse du pubis, et l'occiput logé dans le sinus de la courbure du sacrum. Nous avons fait remarquer aux §. 699 et suivans, que cette position, toutes choses égales d'ailleurs, étoit bien moins favorable à l'issue de la tête que la précédente, et que quelques femmes en pareil cas éprouvoient tant de difficultés à se délivrer seules, qu'il vaudroit mieux se servir du forceps que de les exposer, ainsi que leur enfant, au danger d'un travail trop long et trop pénible. Si cette position par elle-même, et exclusivement à toute autre cause, ne doit pas nous déterminer à recourir à ce moyen chez la plupart des femmes où elle a lieu, au moins devient-il nécessaire chez toutes, lorsqu'elles éprouvent des accidens.

Cette méthode est semblable à la précédente.

1767. La manière de l'appliquer est absolument la même que celle qui a été décrite pour la première position. On insinue la branche mâle sur le côté gauche du bassin, sa nouvelle courbure en-dessus, et la branche femelle du côté droit. On les introduit à la même profondeur, c'est-à-dire, de quatre à cinq pouces; mais on en tient l'extrémité externe un tant soit peu plus élevée que dans le premier cas, lorsqu'on commence à entraîner la tête; afin que le bout des cuillers se rapproche davantage des côtés de l'occiput, et puisse agir plus efficacement sur cette partie. Si la situation du forceps, conduit sur ce principe, diffère en quelque chose de ce qu'on a remarqué dans la position précédente, c'est que sa nouvelle courbure, placée au-dessous du pubis de la mère, regarde alors la face de l'enfant et non l'occiput. Du reste, on saisit cet instrument, et l'on procède de la même

manière à l'extraction de la tête. On agit seulement avec beaucoup plus de lenteur que dans ce premier cas ; parce que les difficultés sont en général plus grandes, et que les parties extérieures de la femme doivent se développer et s'étendre bien davantage.

1768. Il faut soigneusement observer en entraînant la tête, de lui faire décrire la marche qu'elle suit dans cette position quand l'accouchement s'opère par les seules forces de la femme. C'est encore l'occiput qui doit se dégager le premier, mais en suivant une autre direction. Au lieu de se relever du côté du pubis, en sortant, il doit se renverser sur le périnée de la femme, dès que la nuque paroît au bas de la vulve. *Voyez* §. 703 et le suivant. C'est pourquoi nous devons, jusqu'à ce moment, diriger les efforts de l'art le plus près possible de l'extrémité postérieure de la tête, et empêcher la face de se dégager de dessous le pubis.

**Direction qu'on doit faire suivre à la tête, en l'amenant au-dehors.**

1769. Cette méthode d'appliquer le forceps, lorsque la face de l'enfant se trouve en-dessus, est avouée de tous les Praticiens ; de M. *Levret* même, quoiqu'il en eût proposé une autre absolument contraire, dans ses leçons particulières : méthode qu'un Accoucheur, qui s'estime heureux d'avoir suivi ces mêmes leçons, a depuis peu publiée comme le fruit de son travail et de ses réflexions (1). Elle consiste à placer les branches du forceps à contre-sens de ce que nous l'avons conseillé, c'est-à-dire, à diriger la branche femelle vers le côté gauche du bassin, et la branche mâle du côté droit, de sorte que leur nouvelle courbure regarde le sacrum. Nous sommes fâchés que les bornes de cet ouvrage ne nous permettent pas d'examiner cette méthode en détail, de même que celle que proposoit *Smellie* pour le même cas ; afin d'en

**Autre méthode d'appliquer le forceps dans le cas dont il s'agit.**

(1) *Deleurie.*

dévoiler les inconvéniens, et de mettre toutes les personnes qui s'adonnent à l'art des accouchemens en état de les apprécier.

## SECTION II.

*De la manière de se servir du forceps dans la position de la tête, où l'occiput répond au trou ovalaire gauche, et le front à la symphyse sacro-iliaque droite; dans celle où ce dernier est situé derrière le trou ovalaire gauche, et l'occiput vis-à-vis la symphyse sacro-iliaque indiquée.*

Troisième cas de l'application du forceps.

1770. Nous avons fait remarquer, en traitant de l'accouchement naturel, que c'étoit dans la première de ces deux positions que la tête descendoit le plus ordinairement, et que l'occiput ne se tournoit vers l'arcade du pubis, qu'autant qu'elle commençoit à s'engager dans le détroit inférieur. Quand la tête n'exécute pas ce mouvement de rotation et conserve sa première direction malgré les violens efforts qui tendent à l'expulser, si l'on ne peut le lui faire décrire avec le doigt, il faut recourir au forceps. On doit en faire usage de même, quand il survient des accidens qui ne permettent pas de livrer l'accouchement plus long-temps aux forces de la nature. Mais la manière de s'en servir doit être un peu différente de celle que nous venons de décrire.

1771. Ceux qui ne connoissent que cette première méthode, en plaçant les deux branches de l'instrument sur les côtés du bassin, saisissent alors la tête diagonalement, de la partie latérale gauche de l'occiput à la partie moyenne et latérale droite du front, et l'entraînent ainsi, en proportionnant leurs forces à l'étendue des obstacles qu'ils perpétuent quelquefois, puisqu'ils augmentent en raison de ce qu'elle s'approche davantage du détroit inférieur. Selon la

méthode générale de M. *Levret*, il falloit introduire la branche femelle du forceps sur le côté gauche du bassin et l'occiput de l'enfant, pour la faire passer de là vers le côté droit; en lui faisant parcourir, comme en cernant, plus de la demi-circonférence postérieure de cette cavité, et en ramenant en même temps la face sous le pubis. *Voyez* §. 1780. En comparant ces divers procédés avec celui que nous allons exposer, chacun en déduira les conséquences qu'il convient d'en tirer.

1772. Si l'on se rappelle les règles générales que nous avons établies concernant l'usage du forceps, on verra que la branche mâle doit être placée vers l'échancrure ischiatique gauche, dans le cas dont il s'agit, et la branche femelle sous le trou ovalaire droit, pour qu'elles embrassent exactement les côtés de la tête. On conduit la première, de la main gauche, en tenant son extrémité externe d'abord très-élevée, et un peu moins inclinée vers l'aine droite que dans les positions précédentes. On dirige le bout de la cuiller à la faveur de quelques doigts de la main droite, ou d'un seul, introduit dans le vagin, jusqu'au-dessus du ligament sacro-ischiatique gauche; et on l'insinue dans cette direction à la profondeur de quatre pouces ou environ, en lui faisant croiser un peu le devant du sacrum pour gagner la joue de l'enfant, dont la face regarde la symphyse sacro-iliaque droite. D'où l'on voit combien il faut être attentif à baisser l'extrémité qui est au-dehors, et à l'incliner dans les mêmes proportions vers la cuisse gauche; de manière cependant que la pointe du pivot destiné à la jonction des deux branches, reste en-dessus, dans tous les temps, et légèrement tournée vers l'aine gauche de la femme; car autrement la plus grande largeur de la cuiller ne sauroit embrasser exactement la convexité de la région pariétale.

1773. On insinue la branche femelle avec le même De la manière de

Placer la seconde branche. soin vers le côté droit du bassin, mais plus en devant, et de sorte qu'elle passe obliquement derrière le trou ovalaire et sous la cavité cotyloïde. On la dirige d'ailleurs de manière qu'elle se joigne facilement avec la première.

De l'extraction de la tête en pareil cas.

1774. On tient l'extrémité de cet instrument à une hauteur moyenne au-dessus du plan horizontal, et inclinée en même temps vers la cuisse gauche, la pointe du pivot regardant obliquement l'aine de ce côté, comme nous l'avons déjà recommandé, et tel qu'on peut l'observer sur la neuvieme planche (1). On empoigne alors l'instrument des deux mains, savoir, de la gauche placée en-dessus contre le pubis de la femme, et de l'autre à son extrémité. On serre la tête selon le besoin, et on la fait rouler dans le bassin, de manière à ramener l'occiput sous l'arcade du pubis; mais pour la rouler ainsi, il faut relever l'extrémité des branches du forceps en lui faisant décrire un arc dont la convexité regarderoit la cuisse gauche, jusqu'à ce qu'elle soit revenue au point indiqué au §. 1763, et que la pointe du pivot soit exactement en dessus. Le plus souvent ce mouvement de rotation se fait aisément. L'on n'y rencontre d'obstacle qu'autant que le sacrum de la femme est aplati, ou lorsque la tête de l'enfant s'est un peu renversée sur le dos; en s'engageant, de sorte que le front se trouve trop bas relativement à l'occiput. Dans ce dernier cas, avant de s'efforcer de rouler la tête, il faut repousser le front autant qu'il convient, comme nous l'avons prescrit au §. 1284 (2). La tête se trouvant réduite à sa pre-

---

(1) On suppose toujours la femme couchée à plat, et les fesses relevées par un coussin. Autrement, si la poitrine etoit plus élevée que celles-ci, il faudroit tenir les branches du forceps beaucoup au-dessous du point assigné. La direction du canal du bassin le fait connoitre de reste à l'operateur.

(2) Il faut avoir la même attention dans toutes les positions dia-

mière position, après ce mouvement de rotation, on achève de l'extraire de la même manière que dans celle-ci.

1775. Il y a des cas où l'on ne peut absolument rouler la tête de cette manière, et dans lesquels il seroit dangereux, non de le tenter avec ménagement, mais de s'obstiner à vouloir le faire en y employant beaucoup de force : ces cas sont excessivement rares, et nous ne les avons rencontrés au plus que cinq à six fois. Chez plusieurs de ces femmes, nous avons vu sortir la tête, après un travail très-long, dans une situation diagonale à l'égard du détroit inférieur ; et chez les autres nous l'avons extraite au moyen du forceps, dans une pareille position, après avoir essayé de la rouler et de ramener l'occiput sous le pubis. Ces cas, très-rares, n'ont lieu qu'autant que le sacrum est droit, aplati, et destitué de cette courbure qui donne à la partie moyenne du bassin plus de développement que n'en ont les détroits dans la direction de devant en arrière. Quand on ne peut rouler le tête pour ramener l'occiput sous l'arcade du pubis, il faut donc l'extraire dans la position diagonale où elle se trouve : comme elle éprouve alors plus de difficultés à franchir le détroit inférieur, on agit plus lentement, et on y emploie plus de force.

Quatrième cas, et l'application du forceps.

1776. Si nous exposons de suite la position où l'occiput répond à la jonction sacro-iliaque droite et le front à la cavité cotyloïde gauche, ce n'est pas qu'elle soit la plus fréquente de toutes les situations diagonales que la tête est susceptible de prendre à l'égard du détroit inférieur, après celle dont nous venons de parler ; mais parce que ces deux positions sont exactement les mêmes, si on ne considère que le rapport des dimensions de la tête avec celles du bas-

gonales de la tête, quand on éprouve quelques difficultés à la faire rouler sur son axe.

sin, et parce que le forceps doit être placé de la même manière, dans l'un et l'autre cas. La plus grande longueur du crâne répond, en effet, au même diamètre oblique du bassin dans ces deux positions; une oreille, au trou ovalaire droit, et l'autre à l'échancrure ischiatique gauche : c'est au-devant de celle-ci, et derrière celui-là qu'il faut insinuer les cuillers pour saisir la tête convenablement.

De la manière d'extraire la tête dans cette quatrième position.

1777. On placera donc la branche mâle sur le côté gauche du bassin et un peu en arrière; et la branche femelle du côté droit et en devant, avec la précaution d'en tenir de même, après leur jonction, l'extrémité qui est au-dehors, inclinée vers la cuisse gauche de la femme, comme nous le recommandons au §. 1774. Avant de commencer à extraire la tête, on ramenera le front sous le pubis, en lui faisant décrire environ un sixième de cercle, comme l'occiput le fait dans la position précédente; et après ce mouvement de rotation, on agira de la manière indiquée à l'occasion de la seconde position. *Voyez* §. 1768.

1778. L'on ne doit jamais s'efforcer, dans le cas dont il s'agit, de conduire la face de l'enfant vers le sacrum; parce qu'elle ne pourroit y parvenir qu'en parcourant un grand tiers de la circonférence intérieure du bassin, et que ce mouvement ne sauroit se faire sans que le col de l'enfant n'éprouvât une torsion dangereuse, et peut-être mortelle : comme on se le persuadera facilement, si l'on fait attention aux bornes que la nature a mises au mouvement de pivot dont la tête est susceptible.

## SECTION III.

*De la manière d'employer le forceps, 1°. dans la position où l'occiput répond au trou ovalaire droit, et le front à l'échancrure sacro-ischiatique gauche; 2°. dans celle où l'occiput est placé vis-à-vis cette échancrure, et le front derrière le trou ovalaire droit; 3°. lorsque le sommet de la tête est exactement situé en travers sur le détroit inférieur.*

Cinquième cas de l'application du forceps, et de la manière d'extraire la tête.

1779. Quand les circonstances exigent qu'on ait recours au forceps dans la position où l'occiput répond au trou ovalaire droit, il faut en insinuer la branche mâle obliquement derrière le trou ovalaire gauche, en la tenant de la main gauche, et en la dirigeant de quelques doigts de la main droite, ou d'un seul, introduits vers cet endroit. A mesure qu'elle y pénètre, on baisse son extrémité externe qu'on tenoit d'abord très-élevée et inclinée vers la cuisse droite, mais de manière que la pointe du pivot qui sert à sa jonction avec l'autre branche, regarde toujours le pli de l'aine de ce côté. On plonge ensuite l'autre branche qu'on saisit de la main droite, entre la tête de l'enfant et le ligament sacro-ischiatique droit de la mère, en la dirigeant au moyen d'un ou de plusieurs doigts de la main gauche. On la fait avancer en montant vers la symphyse sacro-iliaque de ce côté, et en croisant un peu le devant du sacrum; observant de baisser, en proportion de ce qu'elle pénètre, le bout qui est au-dehors, jusqu'à ce que l'ouverture destinée à recevoir le pivot de la première branche le rencontre et le reçoive librement. On les réunit alors et on les assujettit; puis on saisit l'extrémité de cet instrument de la main gauche, plaçant la droite vers son milieu près les parties de la femme; on fait rouler la tête dans le bassin de manière à ramener l'occiput sous l'arcade

du pubis, pour l'extraire comme dans le cas de la première position. *Voyez* §. 1765.

Sentiment de *Smellie* et de *Levret*.

1780. La méthode que propose *Smellie*, pour la position qui nous occupe, est on ne peut plus compliquée. Celle que M. *Levret* prescrivoit à ses disciples, consiste à introduire d'abord la branche mâle du forceps vers le côté droit du bassin, sa nouvelle courbure étant tournée en-dessous, pour la faire passer de là vers le côté gauche en lui faisant parcourir plus de la moitié de la circonférence intérieure de cette cavité, et en la tenant assez fortement appliquée contre la tête pour faire rouler celle-ci et ramener la face sous le pubis. Il vouloit qu'on insinuât ensuite la seconde branche par où la première avoit pénétré, mais de sorte que son bord concave regardât le pubis. Cette méthode, qui n'est praticable qu'autant que la tête est libre dans le bassin, présente autant de difficulté que la nôtre est simple et facile. Elle n'est pas, d'ailleurs, conforme aux vrais principes de l'art, puisque la face de l'enfant ne peut aller sous le pubis qu'en parcourant au moins un tiers de la circonférence intérieure du bassin, tandis que l'occiput n'en est éloigné que d'un sixième au plus, et que la sortie de la tête est bien plus facile quand il s'y présente, que dans le cas où c'est le front. Nous aurions dû faire la même observation à l'occasion de la position où l'occiput répond au trou ovalaire gauche. *Voyez* §. 1771.

Sixième cas de l'application du forceps, et de la manière d'extraire la tête.

1781. Le rapport des dimensions de la tête avec celle du bassin, dans la position où le front répond au trou ovalaire droit et l'occiput à l'échancrure ischiatique gauche, étant absolument le même que dans la précédente, il faut appliquer le forceps selon les mêmes principes, lorsque les circonstances en requièrent l'usage. On introduira donc la branche mâle sous le pubis gauche en montant obliquement derrière le trou ovalaire, et la branche femelle au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite, tenant

toujours leur extrémité, en forme de crochet, inclinée vers la cuisse de ce dernier côté. On saisit ensuite cet instrument des deux mains disposées de la manière indiquée à la fin du §. 1779 : on roule la tête dans le sens prescrit au même paragraphe, pour amener le front, et non pas l'occiput, sous l'arcade du pubis ; et achever l'accouchement comme dans la position dont il est fait mention au §. 1768.

*Septième et huitième cas de l'application du forceps.*

1782. Il est excessivement rare que la tête de l'enfant présente sa plus grande longueur exactement en travers sur le détroit inférieur, de sorte qu'une oreille réponde directement à la symphyse du pubis, et l'autre au milieu du sacrum. La meilleure manière d'appliquer le forceps alors, diffère d'ailleurs si peu de ce que nous venons d'exposer pour les positions diagonales, que nous aurions pu nous y borner sans laisser beaucoup à moissonner après nous. Ces positions transversales ne peuvent être qu'au nombre de deux : celle où l'occiput répond exactement au côté gauche du bassin, et l'autre au côté droit.

*Manière d'opérer dans la position transversale où l'occiput répond au côté gauche.*

1783. Pour se servir du forceps conformément aux principes que nous avons établis, il faudroit en introduire la branche femelle directement sous le pubis, et l'autre au-devant du sacrum, dans le premier de ces deux cas, en tenant toujours leur extrémité inclinée vers la cuisse gauche de la femme. Quand elles sont bien placées, réunies et fixées, on saisit le bout de l'instrument de la main droite, et sa partie moyenne de la gauche ; on fait rouler la tête de manière à ramener l'occiput sous le pubis, et on l'entraîne ensuite comme il a été prescrit à l'occasion de la position la plus favorable.

*De la manière d'opérer, quand l'occiput répond au côté droit.*

1784. Dans la position transversale où l'occiput répond au côté droit du bassin, on introduit la branche mâle directement sous le pubis, et la femelle au-devant du sacrum, avec la précaution d'incliner

l'extrémité de l'une et de l'autre vers la cuisse droite de la femme. Tenant ensuite le milieu de l'instrument de la main droite, et son extrémité de l'autre, on tourne l'occiput sous l'arcade des os pubis comme dans la situation précédente, et on termine l'accouchement de la même manière.

## ARTICLE III.

### *De l'usage du forceps, quand la tête de l'enfant est encore au-dessus du détroit supérieur.*

**Des auteurs qui ont proposé le forceps, quand la tête est au-dessus du détroit supérieur.**

1785. On compte peu d'Auteurs parmi ceux qui ont écrit sur les accouchemens, qui aient proposé de faire usage du forceps quand la tête de l'enfant est encore au-dessus du détroit supérieur, et y conserve toute sa mobilité. M. *Levret* n'en fait aucune mention, mais *Smellie* nous a laissé peu de chose à desirer à ce sujet : c'est à lui que nous sommes redevables de l'idée de porter le forceps aussi loin. Nous regrettons que les Accoucheurs Français qui en ont parlé depuis, n'aient pas suivi le sentier qu'il leur avoit tracé, au moins à l'égard de la plupart des positions dans lesquelles la tête peut alors se présenter. *Smellie* propose une méthode particulière pour chacune de ces positions, et les derniers n'en adoptent qu'une, qu'ils appliquent indifféremment à tous les cas, soit qu'elle y convienne ou non. Cette méthode perce le nuage qui l'enveloppe, dans un ouvrage des plus modernes, où l'Auteur dit que personne avant lui n'avoit employé le forceps lorsque la tête étoit restée au-dessus de l'entrée du bassin (1) : nous la dévoilerons dans la suite. On ne doit pas confondre

(1) Observation sur l'opération césarienne faite à la ligne blanche, ou sur l'usage du forceps, la tête arrêtée au détroit supérieur .... M. *Delaurie*, 1779.

ces cas avec ceux où la tête se trouve enclavée dans le détroit supérieur, parce qu'ils en sont très-différens. Les derniers feront le sujet d'un article particulier.

## SECTION PREMIÈRE.

*Des causes qui doivent nous déterminer à employer le forceps, quand la tête est encore au-dessus du détroit supérieur, et des règles générales qu'il faut observer alors.*

1786. Il est souvent si difficile à ceux qui ne sont pas très-versés dans l'art d'employer le forceps, de bien saisir la tête avec cet instrument quand elle est encore au-dessus du bassin, et il peut en résulter tant d'inconvéniens, qu'ils ne devroient le tenter qu'autant que les circonstances qui compliquent le travail ne leur laissent entrevoir de ressources plus douces ni plus assurées. Quoique les difficultés soient moindres pour ceux qui ont une habitude raisonnée d'employer cet instrument, qui en connoissent parfaitement les rapports avec la tête de l'enfant et le bassin de la mère, elles sont assez grandes encore cependant pour qu'ils ne s'en servent pas préférablement à d'autres méthodes, quelquefois également praticables. Les accidens qui exigent qu'on opère l'accouchement quand la tête est encore aussi éloignée, ne sont pas suffisans pour nous déterminer à donner cette préférence au forceps. Le défaut de largeur du détroit supérieur respectivement au volume de la tête, joint à la très-forte contraction des parois de la matrice sur le corps de l'enfant, comme dans le cas où il y a beaucoup de temps que les eaux sont pleinement évacuées, peuvent seules nous y engager; encore faut-il qu'il reste assez d'espace de la part du détroit, pour espérer d'amener l'enfant avec moins de danger qu'en le retournant et en l'entraînant par les pieds.

Causes qui exigent alors ce moyen.

1787. Quoiqu'il y ait moins d'accidens à craindre

de l'usage du forceps porté aussi loin, quand le bassin est bien conformé, que dans l'état contraire, puisqu'il y a plus d'espace pour l'appliquer, et que les parties de la femme, ainsi que la tête de l'enfant, ne doivent pas en éprouver une pression aussi forte, il ne faut cependant pas s'en servir, parce qu'il est d'autant plus difficile de bien saisir la tête, qu'elle est plus mobile sur le détroit du bassin. L'extraction de l'enfant par les pieds mérite alors la préférence, après les préparations ordinaires, si l'état de la matrice en exige : cette méthode est plus facile pour la plupart des Praticiens, et plus sure entre leurs mains pour la femme, que l'usage du forceps.

1788. Si nous ne sommes bien fondés à préférer ce dernier qu'autant que le détroit supérieur est resserré, il ne convient pas toutes les fois que ce détroit l'est au point que la tête ne puisse s'y engager, son extrême mauvaise conformation admettant bien moins l'usage de cet instrument que sa bonne conformation. Dans ce dernier cas, nous ne le rejettons que parce qu'il nous paroît préférable de retourner l'enfant, et que son application demande une étendue de connoissance que n'ont pas la plupart de ceux qui s'adonnent à la profession d'Accoucheurs, et qu'ils ne peuvent acquérir par la lecture : dans l'autre cas, il est absolument contre-indiqué. « Il réussira très-rarement aussi, a dit » un Auteur des plus modernes, si l'enfant est mort, » parce que la tête n'ayant plus d'élasticité, n'offrira » plus une résistance assez forte pour conserver la » position de l'instrument (1). » Mais il y auroit alors bien moins d'inconvéniens à s'en servir que quand l'enfant est vivant, si sa mort bien reconnue ne nous autorisoit pas à employer les crochets ou tout autre instrument de cette espèce par préférence. La tête de l'enfant, quoique mort, peut présenter la même soli-

(1) M. *Deleurie.*

dité que s'il étoit vivant, et conséquemment la même prise à l'instrument : elle n'est molle et sans élasticité qu'autant que la putréfaction a déjà fait quelques progrès. La remarque du même Auteur, concernant la tuméfaction du cuir chevelu, qu'il regarde comme un obstacle à l'intromission des branches du forceps, mérite bien moins d'attention encore ; quel que soit le volume d'une pareille tumeur, elle ne s'opposera jamais à la juste applicàtion de cet instrument. Si quelque chose doit nous décider à recourir à ce moyen avant que la tuméfaction dont il s'agit n'ait lieu, c'est qu'on ne sauroit l'employer de trop bonne heure, quand l'accouchement ne peut s'opérer autrement : si une tumeur de l'espèce dont parle M. *Deleurie* doit nous engager à le rejeter, c'est qu'elle dénote la mort de l'enfant, et qu'on peut alors se servir du crochet. *Voyez* cependant §. 1897 et la note du §. 1909.

1789. Il faut avoir grand soin dans tous les cas, mais particulièrement dans celui où le peu de largeur du détroit supérieur nous oblige à recourir au forceps, d'en placer les branches de manière qu'on puisse rendre à son moyen les diamètres de la tête respectifs à ceux du bassin, et diminuer, selon le besoin, celui qui doit passer dans la direction du plus petit diamètre des détroits ; ce que nous développerons dans les sections suivantes. Nous supposerons, dans tous ces cas, que la longueur du petit diamètre du détroit supérieur est au-dessous de trois pouces et demi, et au-dessus de deux pouces trois quarts.

## SECTION II.

*De la manière d'employer le forceps dans la position où l'occiput est appuyé sur le haut de la symphyse du pubis, et le front contre l'angle sacro-vertébral; dans celle où l'occiput répond à cet angle et le front au pubis.*

Premier cas où la tête est retenue au-dessus du bassin.

1790. Dans la première de ces positions, qui se rencontre on ne peut plus rarement au commencement du travail, l'impossibilité où est la femme de se délivrer seule, vient souvent bien moins de la mauvaise conformation du bassin que de la manière dont la tête de l'enfant s'y présente. C'est alors le plus grand diamètre de celle-ci qui tend à passer dans la direction du plus petit diamètre du détroit supérieur; ce qui ne sauroit avoir lieu que ce dernier n'eût à-peu-près sa longueur naturelle. Il suffiroit de changer la direction de la tête, pour mettre la femme dans le cas d'accoucher sans autres secours, si la mauvaise conformation du détroit dont il s'agit n'étoit que médiocre, et lui laissoit trois pouces et un quart ou trois pouces et demi de petit diamètre.

Manière d'appliquer le forceps alors.

1791. Quand on juge l'usage du forceps préférable à toute autre méthode, il faut en appliquer les branches sur les côtés de la tête, en les insinuant à une hauteur égale le long des parties latérales du bassin, mais à celle de sept à huit pouces, si l'on veut qu'elles l'embrassent exactement et comme il convient. La règle que nous prescrivons à ce sujet, lorsqu'on se sert du forceps que nous adoptons (*voyez* §. 1598), est d'en plonger les branches dans le sein de la femme jusqu'à ce que l'endroit destiné à leur jonction touche au bord de la vulve.

1792. Comme il est difficile d'atteindre assez haut sur les côtés de la tête pour y diriger surement les branches du forceps en ne portant que deux doigts

dans le vagin, comme dans tous les cas énoncés à l'article précédent, on peut y introduire toute la main, à la réserve du pouce ; ce qui n'est cependant pas indispensable, car deux doigts suffisent presque toujours, même un seul. Comme on doit appliquer la branche mâle du forceps la première, et la tenir de la main gauche, on introduira les doigts de la main droite sous le bord de l'orifice de la matrice au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, pour y diriger le bout de l'instrument. Quand on l'aura plongée au-delà de l'extrémité des doigts, on la ramenera exactement sur le côté de la tête et du bassin, mais insensiblement et à mesure qu'elle pénétrera davantage. La concavité du bout de la cuiller embrassera le côté du front de l'enfant dans le premier moment, et la convexité pariétale dans le second. On observera de baisser l'extrémité qui est au-dehors en raison de ce que l'autre montera davantage sur la tête, et de le faire beaucoup plus que si la tête occupoit le fond du bassin, en y mettant cependant des bornes différentes, selon l'inclinaison particulière de cette cavité relativement à l'horizon, et que la courbure du sacrum sera plus ou moins considérable, etc. ; ce qui ne peut être déterminé que par l'opérateur même. *Voyez la dixième planche et son explication.*

1793. On placera la branche femelle avec les mêmes soins sur l'autre côté, en la conduisant de la main droite, pendant que de quelques doigts de la gauche introduits à l'entrée de la matrice, on en dirigera l'extrémité au-dessous du col de ce viscère, vis-à-vis la symphyse sacro-iliaque droite, d'où on la ramenera insensiblement à l'opposé de la première, de sorte qu'elle couvre d'abord le côté du front, et la convexité pariétale ensuite.

1794. Ces deux branches étant réunies, on serrera la tête convenablement, en rapprochant plus ou moins leurs extrémités l'une de l'autre, et en les assujettissant ainsi au moyen d'une jarretière ou de l'angle d'une

Manière d'extraire la tête dans ce cas.

serviette roulée. On détournera la longueur du crâne de la direction du petit diamètre du détroit supérieur, en inclinant l'occiput vers l'un des côtés du bassin, et seulement vers le fond de la cavité cotyloïde, si le détroit n'est que médiocrement resserré; mais on le dirigera du côté gauche par préférence. Pour cet effet, on tiendra l'instrument des deux mains, savoir, de la droite, placée à son extrémité, et de la gauche, près les parties de la femme, de sorte que l'index de celle-ci, introduit dans le vagin, puisse toucher constamment le haut de la tête entre les deux cuillers. On aura le plus grand soin, à mesure qu'on roulera la tête sur le détroit supérieur, de baisser l'extrémité du forceps autant que le permettront les parties extérieures de la femme, et de la porter insensiblement en même temps vers la cuisse gauche. *Voyez la onzième planche et son explication.*

1795. C'est dans cette direction, c'est-à-dire, en en-bas et vers la cuisse gauche de la femme, qu'il faut tirer sur l'instrument pour entraîner la tête dans le fond du bassin. Sans cette précaution l'on ne réussiroit ni à la déplacer, ni à la faire descendre, et l'on contendroit fortement les parties molles du bassin, ainsi qu'on peut s'en convaincre, en réfléchissant sur la direction naturelle de cette espèce de canal osseux. C'est l'ignorance où sont à cet égard bien des Accoucheurs, qui a rendu leurs efforts infructueux, qui les a induits à penser et à publier que le forceps ne pouvoit être appliqué utilement quand la tête est encore au-dessus du bassin, et à taxer de mauvaise foi ceux qui assurent en avoir tiré le même avantage alors que dans le cas où elle occupe le fond de cette cavité. Les précautions que nous venons de recommander sont tellement nécessaires, que l'omission d'une seule peut rendre inutile toutes les autres.

1796. Quand la tête est parvenue dans l'excavation du bassin, on relève un peu l'extrémité du forceps, en la tenant toujours inclinée vers la cuisse gauche de

la femme ; ensuite on change de nouveau la direction de la tête, et on amène l'occiput sous l'arcade du pubis, au-dessus de laquelle il se présentoit d'abord ; en agissant à cet égard, et pour le reste de l'accouchement, comme on le remarque au §. 1774 et suivant.

1797. Il faudroit entraîner la tête dans sa première direction, si, contre toute attente, le détroit supérieur se trouvoit plus resserré d'un côté à l'autre que de devant en arrière, comme on l'a vu, quoique bien rarement ; mais il conviendroit alors de relever le front, autant qu'il seroit possible, au-dessus de l'angle sacro-vertébral, pour que le haut de l'occiput se présente plus perpendiculairement à l'entrée du bassin. A ce moyen ce sera la hauteur de la tête, prise du sommet à la base, qui correspondra au diamètre qui va du pubis au sacrum, et non toute la longueur du crâne comme auparavant ; ce qui rendra sa descente bien plus facile.

Second cas où la tête est retenue au-dessus du bassin.

1798. La position où le front est appuyé contre le haut de la symphyse du pubis et l'occiput sur l'angle sacro-vertébral, est encore plus rare que celle dont nous venons de parler. Elle est aussi bien moins favorable pour l'accouchement, parce que la face se trouve en-dessus, et qu'après l'avoir tournée de côté pour favoriser le passage de la tête dans le détroit supérieur, l'on ne peut se dispenser de la ramener sous le pubis.

Manière d'extraire la tête dans ce cas.

1799. On doit opérer d'ailleurs de la même manière que dans le cas précédent, si l'on n'a égard qu'à l'application du forceps même. On en place les branches sur les côtés de la tête et du bassin ; on les introduit à la même hauteur et dans la même direction ; on saisit l'instrument également des deux mains, lorsqu'il s'agit de déplacer la tête et de la faire descendre. Si l'on n'a égard qu'à la tête seulement, on lui fait suivre une autre marche que dans la première position ; car ce n'est pas l'occiput qu'on détourne ici de

dessus la symphyse du pubis et qu'on porte vers le côté gauche du bassin, pour le ramener ensuite sous l'arcade, c'est le front qui doit suivre ce trajet. On perdroit tout espoir d'extraire l'enfant vivant, si l'on conduisoit la face vers le sacrum, soit avant, soit après le passage de la tête à travers le détroit supérieur, comme *Smellie* l'a recommandé, par rapport à la torsion extraordinaire que le col subiroit alors, le tronc ne pouvant suivre le mouvement que l'instrument imprimeroit à la tête.

1800. Si la méthode où l'on applique le forceps à contre-sens, c'est-à-dire, sa nouvelle courbure tournée vers le sacrum, proposée pour la position du vertex où la face est en-dessus, n'est praticable qu'avec beaucoup d'inconvéniens quand la tête occupe la cavité du bassin, il seroit absurde de la tenter dans le cas dont il est ici question.

## SECTION III.

*De la manière de se servir du forceps quand la tête, retenue au-dessus du détroit supérieur, présente l'occiput du côté gauche et le front du côté droit, de même que dans le cas où le front répond au côté gauche et l'occiput au côté droit.*

Troisième cas où la tête est retenue au-dessus du bassin.

1801. Il est rare que la plus grande longueur de la tête se présente aussi diagonalement sur l'entrée d'un bassin resserré de devant en arrière, que nous l'observons dans l'accouchement naturel ; et il n'est pas plus ordinaire de la trouver alors dans une position exactement transversale. En supposant que son grand diamètre coupe aussi obliquement le détroit supérieur dans ce cas que dans celui où le détroit est bien conformé, elle ne pourroit rester dans cette situation diagonale pendant l'application du forceps, parce qu'étant mobile, elle cède à la pression qu'on exerce sur ses côtés en introduisant la première branche de

l'instrument, et se place assez exactement en travers ; c'est pourquoi nous la considérerons dans cette nouvelle situation, quant à ce qui regarde l'application du forceps.

1802. Si la tête appuyée sur la marge du bassin resserré pouvoit y être fixée dans une des positions diagonales qu'on observe communément quand il jouit d'une bonne conformation, l'application des branches du forceps sur les régions pariétales s'en feroit bien plus facilement que dans le cas où elle est placée en travers ; et cette opération deviendroit bien plus facile encore si l'on pouvoit, préalablement avec la main, ramener la tête à l'une des positions que nous venons de décrire dans la section précédente, et la fixer ainsi, c'est-à-dire, tourner l'occiput ou le front au-dessus du pubis, comme le rapport de ses dimensions avec celles du détroit supérieur, dans ces sortes de cas, le met hors de doute. Considérons donc les positions pour lesquelles nous avons à décrire ce procédé opératoire comme transversales, ou à-peu-près telles, puisque c'est d'ailleurs dans cette direction, ainsi qu'on l'a déjà vu, qu'on doit placer la longueur de la tête pour la faire descendre, quand le détroit supérieur est resserré au point indiqué au §. 1789.

1803. *Smellie* conseille, pour ces positions, de porter une branche du forceps sous le pubis, et l'autre au-devant du sacrum, mais sans déterminer laquelle des deux ; distinction qu'il ne devoit pas faire, à la vérité, s'il se servoit de son forceps droit, mais qui devient nécessaire quand on emploie le forceps courbe, comme on le verra au §. 1807. M. *Deleurie*, dont l'ouvrage est presque le seul après celui de cet Accoucheur Anglois, qui contienne quelques préceptes relatifs à la circonstance dont il s'agit, se conduit différemment. Il recommande, quoique d'une manière assez obscure, de placer les branches du forceps sur les côtés du bassin, conséquemment sur la face et

**Sentiment de *Smellie* et de M. *Deleurie* sur la maniere d'agir alors.**

l'occiput, et semble, dans toutes ses observations, ne pas l'avoir appliqué autrement (1).

Défauts de la méthode de ce dernier.

1804. Les défauts de cette méthode doivent paroître ici dans tout leur jour. Outre le danger qu'il y a de porter une branche du forceps sur la face, et le peu de prise que l'autre rencontre sur l'occiput, l'instrument placé de cette manière ne peut diminuer l'épaisseur de la tête dans le sens qui doit passer entre le pubis et le sacrum ; il tendroit plutôt à l'augmenter, s'il étoit vrai qu'en comprimant la tête d'un côté, on la forçât de s'alonger dans un autre, comme le pense le même Auteur. Loin de faire cesser le défaut de proportion qui s'oppose à l'accouchement, cette méthode produira donc un effet contraire, et ne fera qu'accroître les obstacles en raison de la force qu'on emploiera pour les surmonter, soit que la tête pressée du front à l'occiput, s'augmente d'un côté à l'autre, soit que son épaisseur transversale reste la même. Si l'on vient à bout de triompher de ces obstacles, ce ne sera au moins qu'en employant assez de forces pour contraindre la tête, pressée dans sa descente contre le pubis d'une part et le sacrum de l'autre, à s'affaisser transversalement. Cet affaissement devient alors bien plus dangereux que celui que produiroient les branches du forceps appliquées immédiatement sur les côtés de la tête, parce que le crâne perd en même temps dans ce sens, et selon celui où agit l'instrument, au lieu que dans notre procédé elle n'est comprimée que d'une bosse pariétale à l'autre, l'occiput et le front étant libres vers les parties latérales du bassin. Dans la méthode de M. *Deleurie*, pressée dans quatre directions différentes lorsqu'elle s'engage dans le détroit supérieur, savoir, par les deux branches du forceps qui agissent sur le front et

(1) Observation à la suite de celle sur l'opération césarienne à la ligne blanche. Chez *Didot* le jeune, 1779, et la nouvelle édition de l'ouvrage du même Auteur, §. 736.

l'occiput, et par les os sacrum et pubis qui résistent, si elle perd également selon sa longueur et selon son épaisseur, l'étendue de la cavité du crâne doit en être considérablement diminuée, et le cerveau plus ou moins comprimé; ce qui donne lieu à mille accidens dont on peut épargner une partie à l'enfant, en appliquant les branches du forceps sur les oreilles.

1805. La méthode dont nous faisons l'analyse, ne peut avoir d'avantages sur celle que nous décrirons ci-après, que par rapport à l'introduction des branches du forceps, qui se fait alors un peu plus facilement. S'il existoit un seul cas où cette méthode convienne exclusivement, ce ne seroit qu'autant que la tête enclavée selon son épaisseur entre le pubis et le sacrum, ne pourroit être repoussée au-dessus du bassin, comme *Smellie* recommandoit de le faire pour placer les branches du forceps sur les oreilles. Cette espèce d'enclavement n'existoit certainement pas chez les femmes que M. *Deleurie* a délivrées avec le forceps; car il n'auroit plus le mérite d'avoir porté cet instrument sur une tête libre au-dessus du détroit supérieur, mais seulement sur une tête engagée au tiers et même à la moitié de sa hauteur, comme beaucoup d'Accoucheurs l'avoient déjà pratiqué, et dans ce cas nous aurions fait plus que lui.

1806. Pour opérer conformément aux principes dictés par la nature même de l'obstacle qui s'oppose à l'accouchement, dans les positions transversales dont il s'agit, il faut placer les branches du forceps sur les oreilles, l'une conséquemment au-devant du sacrum, et l'autre sous le pubis. L'introduction de la première est assez facile; mais celle de la seconde exige des soins, des connoissances et de l'exercice dans l'art d'employer cet instrument.

**Manière dont on doit opérer dans ce cas.**

1807. Il n'est pas indifférent de placer alors la branche mâle ou la branche femelle derrière le pubis, parce que leur rapport avec la tête doit être tel encore que leur nouvelle courbure soit tournée vers l'occiput

qu'il faut ramener sous l'arcade du pubis même, aussi-tôt que la tête aura franchi le détroit supérieur ; ce qu'on ne pourroit faire, si la courbure dont il s'agit ne regardoit pas cette région occipitale. On placera donc la branche femelle sous le pubis, et la branche mâle au-devant du sacrum, toutes les fois que l'occiput regardera le côté gauche du bassin. Il est également nécessaire de commencer par l'introduction de celle qui doit être sous le pubis, parce que les difficultés qui s'opposent à sa progression vers ce lieu, ne feroient qu'augmenter par la présence de la seconde branche, si on l'avoit d'abord introduite en arrière, c'est-à-dire, au-devant du sacrum.

1808. Pour placer la première convenablement, il faut la diriger de quelques doigts de la main gauche introduits dans le vagin, sous le bord de l'orifice de la matrice, au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite, et la faire avancer dans cette direction jusqu'à ce que la cuiller embrasse exactement un des côtés du front. Ce n'est que dans ce moment qu'on doit commencer à la ramener vers le pubis, pour la placer au-dessous de la symphyse, en la faisant passer sur la face et la tempe de l'enfant ; mais pour parvenir à lui faire décrire plus surement et plus facilement ce trajet, il faut placer les doigts introduits dans le vagin, sous le bord convexe de cette cuiller, et la pousser de derrière en devant à l'égard du bassin, pendant qu'on abaissera de l'autre main l'extrémité de cet instrument autant qu'on le pourra, en tournant insensiblement en en-bas la pointe du crochet qui la termine, jusqu'à ce que cette pointe regarde le plancher.

1809. Avant de retirer du vagin les doigts qui ont servi de guide à cette première branche, on insinue la seconde le long du sacrum, et sous le bord postérieur de l'orifice de la matrice ; en la plaçant de manière, relativement au corps de la première, que la jonction puisse s'en faire naturellement, quand elle sera introduite à une profondeur convenable. On la

tient également de la main droite, de manière que son extrémité soit très-haute et inclinée vers le pubis gauche, le bout de la cuiller en bas et sa nouvelle courbure regardant obliquement la cuisse gauche de la femme. On l'insinue ainsi à plat au-dessous de la tête et en montant le long du sacrum; ce qu'on ne peut effectuer qu'autant qu'on abaisse insensiblement l'extrémité qu'on tenoit d'abord fort élevée. Voyez la XI[e] planche et son explication.

1810. Quant à l'extraction de la tête, on doit l'opérer comme nous l'avons prescrit au §. 1795 et suiv.

1811. La position où l'occiput répond au côté droit du détroit supérieur étant la même que la précédente, quant au rapport des dimensions de la tête avec celles de ce détroit, il faut employer le forceps conformément aux principes établis à l'occasion de celle-ci. Mais c'est la branche mâle qui doit être placée sous le pubis, et la branche femelle au-devant du sacrum; autrement, leur nouvelle courbure ne sauroit répondre à l'occiput, qu'on doit également ramener sous l'arcade antérieure du bassin quand la tête sera parvenue dans cette cavité.

Quatrième cas où la tête est retenue au-dessus du bassin.

1812. On fera d'abord pénétrer la branche mâle au-devant de la jonction sacro-iliaque gauche, en la dirigeant sous le bord de l'orifice de la matrice au moyen de quelques doigts de la main droite; car on doit tenir cette branche de la main gauche. On la fera monter dans cette direction, jusqu'à ce que la cuiller embrasse le haut du front; d'où on la ramènera insensiblement derrière la symphyse du pubis, et sur le côté de la tête qui y répond; en la poussant vers ce lieu, du bout des doigts appuyés sur son bord convexe, pendant qu'on abaissera lentement l'extrémité qui est au-dehors, et qu'on tournera la pointe de son crochet directement à l'horizon. On introduit ensuite la seconde branche au-dessous de la tête, en suivant la face antérieure du sacrum, et en la dirigeant d'ailleurs de manière qu'elle puisse

De la manière d'opérer alors.

s'unir aisément à la première. Celui qui a bien présent à l'esprit le degré de courbure qu'offre le bord de chaque cuiller, jugera sans doute qu'on ne peut les placer convenablement et sur-tout la seconde, qu'autant qu'on en tient d'abord l'extrémité qui est au-dehors très-élevée et en même temps inclinée vers l'aine droite de la femme.

1813. Le forceps étant appliqué, on procède de la manière suivante à l'extraction de la tête. On saisit l'instrument au moyen des deux mains, savoir, de la gauche placée à son extrémité, et de la droite le plus près possible des parties de la femme, de sorte que l'index plongé dans le vagin entre les deux cuillers, touche à la tête. On tire d'abord en en-bas, et en portant un peu l'extrémité du forceps vers le dessous de la cuisse droite de la femme, jusqu'à ce que la tête ait traversé le détroit supérieur; mais dans ce moment on relève plus ou moins le bout de cet instrument. Quand elle occupe entièrement le fond du bassin, on la fait rouler sur son axe pour amener l'occiput sous le pubis, et achever de l'extraire comme nous l'avons prescrit à l'occasion de la position précédente. *Voyez* §. 1795 et le suivant.

## ARTICLE IV.

*De la manière d'employer le forceps, quand la tête s'est enclavée dans le détroit supérieur, en présentant le vertex.*

1814. Jusqu'ici nous n'avons parlé de l'usage du forceps que pour des cas où la tête de l'enfant étoit libre dans l'excavation du bassin, ou au-dessus du détroit supérieur; il est temps de nous occuper de ceux où elle est enclavée dans ce détroit. Quoique l'état où elle se trouve alors diffère peu de celui où elle est encore au-dessus du bassin, quant à l'application de l'instrument, nous avons cru qu'il étoit à

propos d'en faire deux articles séparés pour exposer ces cas avec plus de clarté.

1815. Nous rappelerons ici que la tête de l'enfant peut s'enclaver selon sa longueur, ou selon son épaisseur, entre le pubis et le sacrum; et qu'elle doit être alors dans l'une des quatre positions désignées dans l'article précédent.

## SECTION PREMIÈRE.

### *De la manière d'employer le forceps, quand la tête est enclavée, selon sa longueur, entre le pubis et le sacrum, supérieurement.*

1816. La tête enclavée selon sa longueur présente tantôt l'occiput, et tantôt le front contre le pubis; ce qui constitue deux positions essentiellement différentes, mais les mêmes cependant si on ne le considère que du côté du rapport des dimensions de cette tête avec celle du bassin, et du manuel de l'opération nécessaire pour terminer l'accouchement. Dans l'une et l'autre, en effet, son diamètre longitudinal est parallèle au petit diamètre de l'entrée du bassin, et c'est l'occiput ainsi que le front qui sont en contact avec la partie antérieure et la partie postérieure de cette cavité, tandis que les côtés sont libres. Premier et second cas de l'enclavement.

1817. Pour que la tête s'enclave dans cette direction, le petit diamètre du détroit supérieur doit avoir une étendue telle qu'elle pourroit le traverser sans de grandes difficultés dans une position transversale: ce qui nous indique la route que nous devons lui faire suivre avec l'instrument pour parvenir à l'extraire.

1818. Il faut placer les branches du forceps sur les côtés de la tête et du bassin, avec les précautions énoncées dans la deuxième section de l'article précédent, §. 1791 et suivans; si ce n'est qu'on doit les enfoncer d'environ un pouce et demi de moins, et en tenir l'extrémité des branches un peu moins en De la manière d'opérer alors.

en-bas et en arrière, lorsqu'elles sont appliquées, que nous ne l'avons prescrit aux §§. 1792, 1795, etc. On ne doit jamais s'efforcer d'entraîner la tête dans l'une ni l'autre de ces deux positions; parce qu'en la pressant des côtés, au moyen du forceps, loin de diminuer sa longueur de l'occiput au front, on ne fait qu'augmenter la force de ses points de contact avec le sacrum et le pubis, multiplier ses frottemens, et rendre sa descente beaucoup plus difficile et plus laborieuse, tant pour l'enfant que pour la mère. Il faut donc lui donner d'abord une situation transversale, afin de placer son petit diamètre dans la direction du plus petit du détroit supérieur. Pour opérer ce déplacement avec moins de difficulté, on désenclavera la tête en la faisant remonter au-dessus du point où elle est enclavée, non pas en la repoussant directement avec le forceps, mais en l'ébranlant un peu et en portant alternativement, plusieurs fois de suite l'extrémité de l'instrument vers l'une et l'autre cuisses de la femme, de la même manière qu'on ébranle un clou qu'on veut arracher avec la tenaille; ce qui s'exécute aisément (1). On se persuadera de la possibilité de faire remonter la tête et de la désenclaver en l'ébranlant de cette façon, si l'on se rappelle la forme qu'elle prend en s'enclavant, et que sa base ou sa plus grande largeur alors est encore au-dessus des deux points de contact qui la retiennent et l'empêchent de descendre; et de plus, qu'on la repousse d'un lieu plus étroit dans un plus large. *Voyez* §. 1700.

1819. Quand on a désenclavé la tête, en l'agitant ainsi et en la faisant remonter, on détourne l'occiput ou le front de dessus la symphyse du pubis, selon que c'est l'un ou l'autre qui s'y présente, et on le dirige vers le côté gauche par préférence. On

(1) L'expérience nous a confirmé plusieurs fois la vérité de toutes les propositions que contient ce paragraphe.

l'entraîne

l'entraîne dans cette nouvelle position jusqu'au fond du bassin, et dès le moment où elle y est parvenue, on ramène sous l'arcade du pubis la même partie qui se présentoit au commencement au-dessus de la symphyse : puis on achève l'accouchement à l'ordinaire. Il faut observer dans les divers temps de l'opération, tout ce qui est prescrit aux paragraphes 1792 et suivans, jusqu'au 1799 inclusivement.

## SECTION II.

*De la manière d'employer le forceps quand la tête est enclavée transversalement dans le détroit supérieur.*

Troisième et quatrième cas de enclavement.

1820. Cette espèce d'enclavement ne peut avoir lieu qu'autant que le détroit supérieur n'a pas trois pouces et demi de petit diamètre, à moins que la tête ne soit beaucoup plus volumineuse qu'elle n'a coutume de l'être ; puisqu'elle ne présente ordinairement que cette épaisseur, et qu'elle ne s'arrête et ne s'enclave qu'après s'être réduite dans le sens où elle éprouve le plus de frottemens. Quand elle est ainsi fixée, il faut essayer de la repousser avec la main, comme le conseilloit *Smellie* ; afin de conduire les branches du forceps dans le même ordre, et selon les mêmes directions, que nous l'avons prescrit dans la troisième section de l'article précédent. Si l'on ne pouvoit parvenir à la faire rétrograder de cette manière, on appliqueroit le forceps sur les côtés du bassin, en plaçant une branche sur la face et l'autre sur l'occiput, avec la précaution de les insinuer à la même hauteur ; car autrement la jonction ne pourroit s'en faire (1). Mais il nous paroît hors de vraisem-

(1) M. *Deleurie* recommande dans sa méthode de porter le forceps au-dessus du détroit supérieur, *de laisser plus de longueur à la branche qui doit être placée sur l'occiput, etc.* Voyez §. 796 de cet auteur. Il auroit dû indiquer la manière de joindre alors les deux parties de

blance qu'il se présente jamais de ces cas où l'on ne pourra repousser la tête qui n'est que fixée et enclavée dans le détroit supérieur, puisque la plus grande épaisseur qu'elle conserve alors est toujours au-dessus de ce détroit. *Voyez* §. 1818 et §. 1700. Il ne faut pas confondre ce cas avec celui qui fait le sujet du §. suivant.

1821. En admettant qu'il soit impossible de repousser la tête qui est fortement serrée par ses côtés contre le pubis et le sacrum ; ce seroit le seul cas où la méthode que nous avons combattue au §. 1804, mériteroit la préférence sur celle qui est décrite aux §. 1806 et suivans, même celui où elle seroit indiquée exclusivement. Si elle n'est pas alors exempte d'inconvéniens, elle n'a pas tous ceux que nous lui avons attribués dans les positions transversales de la tête au-dessus du bassin : la nature ayant opéré, avant l'application du forceps, presque toute la réduction que la tête devoit subir selon son épaisseur pour traverser le détroit, puisqu'elle y est enclavée, et qu'elle n'a pu s'y enclaver sans s'y engager au moins d'un tiers et même de la moitié de sa longueur.

1822. Lorsqu'on est réduit à la nécessité de suivre la méthode dont il s'agit, il faut changer la situation des branches de l'instrument aussi-tôt que la tête a franchi le détroit supérieur, et les placer alors sur les oreilles, de manière que leur nouvelle courbure regarde le côté du bassin où répond l'occiput ; afin qu'on puisse ramener celui-ci sur l'arcade du pubis, et achever l'accouchement à l'ordinaire.

---

l'instrument et de les fixer. Le forceps à axe ambulant lui auroit été d'un grand secours, s'il exécutoit ce qu'il conseilloit : c'est dans les mêmes vues que M. *Levret* l'avoit autrefois proposé, et que M. *Coutouly* vient d'y faire de nouveaux changemens que nous ne saurions approuver, parce que nous n'en voyons pas l'utilité.

## ARTICLE V.

### *De l'usage du forceps et du lévier, quand l'enfant présente la face.*

1823. Nous avons déjà fait connoître combien la nature trouvoit d'obstacles à opérer l'accouchement où l'enfant présente la face, ainsi que les difficultés que nous avons alors à surmonter quand nous ne sommes pas appelés pour le faire, au moment de l'évacuation des eaux de l'amnios. En établissant l'indication essentielle que présente cet ordre d'accouchemens dans lesquels l'attitude de l'enfant est telle, que la tête se trouve constamment renversée sur le dos, nous avons fait remarquer également qu'on ne pouvoit toujours y satisfaire, c'est-à-dire, qu'on ne pouvoit toujours corriger cette mauvaise situation avec la main seule, et qu'il falloit quelquefois se servir du lévier. Le forceps, dans plusieurs de ces cas, ne peut être appliqué utilement qu'après cet instrument; et si l'on est obligé de l'employer quelquefois le premier, son usage ne dispense pas toujours de recourir dans la suite à celui-ci, comme on le verra dans les sections suivantes; mais, dans tous les cas, une des branches du forceps peut être substituée au lévier ordinaire et procurer le même avantage.

### SECTION PREMIERE.

*De l'usage du forceps et du lévier dans la position de la face, où le front répond au pubis, et le menton au sacrum; ainsi que dans celle où le front est contre ce dernier, et le menton vers le premier.*

1824. On rencontre bien rarement la position de la face où le front répond au pubis et le menton au Premier cas où la face se présente.

sacrum ; et quand elle a lieu, il est encore plus rare de voir la tête descendre et s'engager jusqu'au fond du bassin, à moins que celui-ci ne soit très-large : elle s'arrête pour l'ordinaire dans le détroit supérieur.

De l'utilité du lévier dans ce cas. 1825. Quand on trouve la tête entièrement engagée au moment où l'on est obligé d'opérer, on essaie d'en corriger la mauvaise position avec la main seule, comme on l'a prescrit au §. 1339. Lorsqu'on ne peut y parvenir, on fait ensorte d'insinuer le lévier derrière la symphyse du pubis, en montant le long du sommet de la tête jusqu'au-dessus de la fontanelle postérieure, pour accrocher en quelque façon l'occiput du bout de cette instrument (1). L'accoucheur tirant alors d'une main sur ce lévier et presque directement en en-bas, s'efforcera de faire descendre le derrière de la tête, pendant que de l'extrémité de plusieurs doigts de l'autre main convenablement appliqués sur les côtés de la face (2), il tâchera de repousser le menton vers le haut du sacrum. Malgré les objections qu'on pourra faire contre ce procédé dont nous connoissons les difficultés aussi-bien que qui que ce soit, et l'incertitude du succès qu'il semble promettre en plusieurs cas, nous le proposons cependant, parce qu'il est plus conforme aux principes de l'art que ceux qu'on trouve décrits dans les Auteurs, et qu'il peut être tenté vainement avec moins d'inconvéniens.

De l'utilité du forceps dans le même cas. 1826. Lorsque la tête reste fort haut, fixée entre le pubis et le sacrum, si on ne peut la redresser avec la main, pour en confier ensuite l'expulsion aux soins de la nature, ni la déplacer pour aller prendre les pieds, soit parce que ce déplacement est impossible, soit parce qu'il y auroit beaucoup de danger à retourner l'enfant, il faut introduire les branches du

(1) C'est pour cela que nous préférions un lévier un peu plus courbe et plus large que le lévier ordinaire.

(2) *Voyez* la douzième planche et son explication.

forceps sur les côtés, comme si elle présentoit le vertex dans la première position, c'est-à-dire, l'occiput derrière le pubis. Ensuite on lui donnera une situation transversale, et on l'entraînera dans l'excavation du bassin; où, étant moins serrée, l'on parviendra plus facilement à repousser la face et à faire baisser l'occiput. Pour cet effet, pendant qu'on engagera la tête en tirant d'une seule main sur le forceps, avec la précaution de la serrer peu, si le bassin n'est pas très-difforme, du bout de plusieurs doigts de l'autre main, disposé convenablement sur les côtés de la mâchoire supérieure, on soutiendra le bas de la face pour l'empêcher d'avancer autant que l'occiput, et faire rouler en quelque sorte la tête dans sa progression même, entre les cuillers de l'instrument.

1827. Lorsqu'on ne réussit pas dans ce premier moment à fléchir la tête sur la poitrine, autant qu'elle doit l'être pour franchir librement le détroit inférieur, on continue de repousser la face, dès qu'elle occupe le fond du bassin; observant de la moins serrer encore entre les branches du forceps, afin qu'elle puisse s'y mouvoir plus aisément. Si l'on ne pouvoit y parvenir de cette manière, il faudroit dégager l'une des branches du forceps, et se servir de l'autre comme d'un lévier propre à abaisser l'occiput : mais il convient en cela d'avoir égard au côté du bassin vers lequel on a tourné le front de l'enfant; l'une et l'autre cuillers ne pouvant servir indistinctement dans tous les cas. Lorsqu'on a tourné le front vers le côté gauche du bassin, on dégage la branche femelle, et on dirige l'autre sur le sommet de la tête et le haut de l'occiput, pour entraîner ce dernier; comme on le remarque à l'occasion de la position transversale indiquée aux §. 1834 et suivans, ainsi que sur la XIIe. planche. Si on avoit dirigé le front vers le côté droit du bassin en déplaçant la tête au détroit supérieur, il faudroit retirer la branche mâle du forceps

et se servir de la branche femelle à l'instar du lévier, d'après les principes énoncés.

1828. Après avoir suffisamment abaissé le derrière de la tête et l'avoir réduite à l'une de ses positions naturelles, si on juge à propos de l'extraire, on replace les branches du forceps sur les oreilles; l'une conséquemment au-devant du sacrum, et l'autre derrière le pubis, mais de sorte que leur nouvelle courbure regarde l'occiput. On ramène celui-ci sous l'arcade antérieure du bassin, pour achever l'accouchement comme dans le cas où le vertex se présente dans l'une des positions transversales qui ont été décrites. Si l'on estime que la femme puisse se délivrer seule et sans inconvéniens, au lieu de replacer les branches du forceps de la manière indiquée, on retire celle qu'on avoit laissé pour abaisser l'occiput, et on attend l'expulsion de la tête, qui ne tarde pas à s'opérer lorsque les choses y sont bien disposées.

1829. Ce n'est pas seulement pour changer la position de la face à l'égard du détroit supérieur et entraîner la tête dans le fond du bassin, où l'on peut, en quelque cas, la redresser avec moins d'inconvéniens, que nous recommandons l'usage du forceps, mais encore pour l'extraire dans la situation même où elle s'est engagée; soit qu'on ne puisse absolument pas la redresser, c'est-à-dire, relever la face et abaisser l'occiput, soit qu'on ne puisse le faire qu'avec beaucoup de danger pour la mère: comme dans les cas où la tête est fortement serrée, et dans celui où la matrice est étroitement contractée et resserrée sur l'enfant. On préfère le forceps alors pour amener la tête dans la situation où elle se trouve, parce qu'il en résulte moins d'inconvéniens pour l'enfant, qu'il n'en résulteroit de toute autre méthode, pour lui et pour la mère. On place les cuillers sur les côtés de la tête; on dégage celle-ci dans la position indiquée au §. 1824, toutes les fois qu'elle a lieu; ou dans celle qui sera énoncée au §. 1830. Quand la face est

placée transversalement sur le détroit inférieur, on ramène le menton sous la symphyse du pubis, avant de s'efforcer d'extraire la tête, comme *Smellie* le prescrit. Mon frère obtint du forceps tout le succès possible dans un cas de cette dernière espèce, quoique la tête fût profondément engagée depuis plus de quarante-huit heures : la Sage-femme n'ayant pas reconnu que c'étoit la face qui se présentoit.

1830. La position de la face où le front est appuyé contre le sacrum et le menton contre le pubis, est encore plus rare que la précédente, et il est également difficile alors que la tête s'engage au fond du bassin, même quand il jouit d'une bonne conformation. Si elle étoit engagée à ce point au moment où l'on est appelé au secours de la femme, il faudroit essayer de faire remonter la face derrière la symphyse du pubis, jusqu'à ce que la fontanelle postérieure réponde en quelque sorte à la pointe du sacrum. Dans le cas où la main seule ne peut opérer ce mouvement de bascule, il convient de se servir du lévier. Si l'usage en paroît alors plus facile et plus sûr que dans le premier cas, l'on ne peut cependant se flatter encore d'en obtenir tout le succès nécessaire, chaque fois qu'on y aura recours, tant on doit y rencontrer d'obstacles en quelques occasions. Pour employer utilement cet instrument dans le cas dont il s'agit, il faut l'insinuer le long du sacrum et du sommet de la tête jusqu'au-dessus de la fontanelle postérieure ; et l'on s'efforce ensuite d'entraîner l'occiput, tandis qu'on fait remonter la face dans la direction prescrite, en la repoussant de quelques doigts. Quand la face se présente dans la position dont il s'agit au détroit inférieur, si la tête est très-petite relativement à la capacité du bassin, il peut se faire que le menton paroisse au haut de la vulve et s'engage sous le sommet de l'arcade du pubis. L'on ne doit plus chercher alors à faire remonter la face derrière la symphyse comme dans la circonstance précédente, mais seulement à entraîner l'occiput avec

Second cas où la face se présente.

le lévier, jusqu'à ce qu'il ait franchi le bas de la vulve. On peut consulter les §§. 1874 et 1875, tant pour la manière d'appliquer le lévier, que pour celle d'opérer l'extraction de la tête.

De l'utilité du forceps en pareil cas.

1831. La difficulté de porter cet instrument assez loin pour que son extrémité embrasse le haut de l'occiput, lorsque la tête est seulement engagée au détroit supérieur dans la position où nous la considérons, et l'impossibilité de le faire pénétrer quand elle s'y trouve fortement serrée entre le pubis et le s'acrum, nous mettent quelquefois dans la nécessité d'employer d'abord le forceps pour la déplacer et l'entraîner dans le fond du bassin, où l'on rencontre moins d'obstacle.

1832. On placera dans ce cas les branches de cet instrument sur les côtés, comme à l'occasion de la position précédente, et l'on détournera le menton de derrière la symphyse du pubis, en le portant du côté gauche du bassin, jusqu'à ce que la face soit placée en travers. On fera descendre la tête dans cette position, en se conduisant comme pour la seconde du vertex, au-dessus du détroit supérieur. *Voy.* §. 1798. Quand elle sera parvenue dans l'excavation du bassin, on essaiera de la redresser dans le sinus du forceps même où on la tiendra libre alors et sans la serrer. Dans le cas où cela ne pourra se faire ainsi, on dégagera la branche mâle de l'instrument, et on placera l'autre sur le vertex qui doit répondre au côté droit du bassin, pour s'efforcer d'entraîner l'occiput; pendant qu'on repoussera la face, et qu'on aidera l'action de ce lévier au moyen de plusieurs doigts de la main droite disposés convenablement sur les côtés du nez au-dessous des joues, comme nous le conseillons à l'occasion des positions transversales de la face même. *Voyez* §. 1834 et suivans, et la planche XII^e.

1833. Après avoir abaissé suffisamment l'occiput, et redressé la tête dans ce sens, si la circonstance

exige qu'on en face l'extraction, on replacera les deux branches du forceps sur ses côtés, de manière que la branche mâle soit sous le pubis et l'autre au-devant du sacrum, pour ramener le front en-dessus, ou vers l'arcade du pubis, et opérer l'accouchement, comme nous l'avons recommandé au sujet de la seconde position du vertex ou du sommet de la tête. *Voyez* §. 1768.

## SECTION II.

*De l'usage du forceps et du lévier dans la position transversale de la face, où le front répond au côté gauche du bassin, et le menton au côté droit; et dans celle où le front regarde le côté droit, et le menton le côté gauche.*

1834. Quand la face se présente en travers, la tête pouvant s'engager bien plus facilement et plus avant que dans les positions précédentes, on la trouve communément dans le fond du bassin lorsqu'on est appelé en second pour délivrer la femme, et quelquefois on ne peut plus la redresser avec la main seule, ni la déplacer pour aller prendre les pieds. *Smellie* recommandoit alors d'appliquer une branche du forceps sous le pubis, et l'autre au-devant du sacrum, pour faire descendre la tête entièrement et tourner ensuite le menton sous l'arcade antérieure du bassin, afin de l'extraire dans cette position. Mais le forceps ne peut être très-salutaire dans ce cas, que la tête n'ait été préalablement redressée, c'est-à-dire, qu'on n'ait repoussé le menton sur le haut de la poitrine de l'enfant, et abaissé l'occiput. C'est ce que se proposoit M. *Levret*, en conseillant de porter une des branches de cet instrument sur la région occipitale, pour abaisser cette extrémité de la tête, en l'em-

Troisième cas où la face se présente.

Méthode d'opérer de Smellie.

Méthode d'opérer de M. Levret.

ployant à la manière du lévier (1). Les vues de ce célèbre Accoucheur seroient excellentes s'il n'eût pas recommandé de mettre ensuite la face sous le pubis ; car sa méthode n'est défectueuse que dans ce point. Il vaut bien mieux conduire la face en-dessous, que de la ramener en-dessus quand on peut la tourner également d'un côté ou de l'autre.

1835. Si l'on peut se servir d'une branche du forceps en place du lévier ordinaire, pour redresser la tête, le choix de celle qu'on doit employer n'est pas indifférent, car la branche mâle est la seule qui convienne dans la position transversale de la face, où le vertex répond au côté gauche du bassin et le menton au côté droit ; comme la branche femelle doit être employée exclusivement dans la position que nous décrirons ci-après.

De la manière dont on doit agir alors.

1836. On introduit la première sur le côté gauche du bassin et en montant le long du sommet de la tête, jusqu'à ce que son extrémité soit parvenue au-delà de la fontanelle postérieure, et que sa courbure embrasse exactement la convexité de l'occiput. On saisit alors l'instrument des deux mains ; savoir, de la droite placée à son extrémité, et de l'autre, contre les parties de la femme. On tire à soi, mais parallèlement à la cuisse gauche, qu'on suppose alongée, jusqu'à ce que l'occiput soit assez descendu ; en observant de replacer l'instrument convenablement toutes les fois qu'il s'échappe de dessus la tête, car il est rare qu'on réussisse du premier coup. Pour favoriser le mouvement de bascule que la tête doit faire, on est quelquefois obligé de repousser la face du bout de plusieurs doigts de la main gauche, tandis qu'on tire de l'autre sur la région occipitale au moyen du lévier : ce qui ne peut se faire qu'on ne prête un point d'appui à cet instrument à la faveur du pouce

(1) Cette méthode est celle que M. *Levret* dictoit dans ses leçons particulières.

de la première main, disposé convenablement, et comme on le voit sur la douzième planche (1).

1837. Après avoir fait descendre suffisamment l'occiput et avoir repoussé le menton jusque sur la poitrine, on abandonne l'accouchement aux soins de la nature, ou bien on applique les deux branches du forceps sur les côtés de la tête, si les circonstances exigent qu'on délivre la femme sans délai : en se conduisant alors et dans la suite, conformément aux principes établis à l'occasion de la position du sommet, où l'occiput répond au côté gauche du bassin. *Voyez* §. 1783.

Quatrième cas où la face se présente.

1838. La position transversale de la face, dans laquelle le front répond au côté droit du bassin et le menton au côté gauche, nous présente les mêmes indications que la précédente, à laquelle elle ressemble parfaitement quant au rapport des dimensions de la tête avec celles du bassin. Si la main seule ne peut redresser la tête, alors renversée sur le dos de l'enfant, il faut se servir du lévier ou de la branche femelle du forceps. On conduira l'un ou l'autre de ces instrumens sur le côté droit du bassin, et jusques au-delà de l'occiput qu'on abaissera ou qu'on entraînera comme dans la position qui a été décrite précédemment, soit qu'on favorise ce mouvement de bascule en repoussant la face au moyen de plusieurs doigts appliqués sur les côtés du nez, soit qu'on l'obtienne sans ce secours.

1839. Lorsqu'on aura redressé la tête convenablement, on se servira du forceps pour l'extraire, si les circonstances ne permettent pas d'abandonner l'expulsion de l'enfant aux efforts de la femme. Mais ce sera la branche mâle de cet instrument qu'on placera sous le pubis, et la branche femelle au-devant du sacrum,

---

(1) *Voyez* la douzième planche et son explication.

afin de pouvoir ramener l'occiput sous l'arcade antérieure du bassin, comme dans la position transversale de la tête où il répond au côté droit. *Voyez* §. 1784.

1840. Il est des circonstances, extrêmement rares à la vérité, où l'on est forcé de s'écarter des règles que nous venons de prescrire à l'égard des positions transversales de la face, et dans lesquelles on ne sauroit redresser la tête et la ramener à sa situation naturelle, ni retourner l'enfant et l'extraire par les pieds : parce que, d'une part, la tête est trop engagée et trop serrée dans le bassin ; et de l'autre, la matrice trop contractée, trop tendue, trop douloureuse, et la vie de l'enfant d'ailleurs trop incertaine. Dans ces cas d'exception, où les principes établis ne peuvent trouver leur application, et dans lesquels la femme seule semble mériter, le plus souvent, toute notre attention, il faut opérer l'extraction de la tête avec le forceps, comme le faisoit *Smellie*, et de la manière déjà prescrite au §. 1829.

## ARTICLE VI.

*Remarque sur l'usage du forceps et du lévier dans les Accouchemens où l'enfant présente la région occipitale, et l'un des côtés de la tête, au détroit supérieur.*

1841. Le célèbre M. *Levret* ne borne pas l'utilité de son forceps courbe aux seuls cas dont nous avons parlé jusques ici, il le prescrit encore pour ceux où la tête s'est engagée et enclavée en présentant la région occipitale, ou l'une des régions pariétales : mais l'on ne trouve dans ses ouvrages aucune observation qui tende à établir ces différentes espèces d'enclavement ni aucun précepte qui soit relatif à sa manière d'opérer,

si ce n'est lorsqu'il parle de son tire-tête à trois branches (1).

1842. Si l'on se rappelle ce que nous avons dit, dans un autre lieu, de la cause des accouchemens où la région occipitale se présente, et des indications qu'ils nous offrent, on verra sous quel point de vue on doit les considérer ici. La tête ne présente jamais cette région qu'au détroit supérieur, et dans le commencement du travail. Elle ne peut descendre alors sans que cette région ne s'éloigne, et que la partie du sommet où se trouve la fontanelle postérieure ne se rapproche du centre du bassin ; de sorte que si elle vient à s'enclaver, c'est moins l'occiput qu'elle présente de front dans ce moment, que le vertex même ou le sommet. Cas où l'occiput se présente.

1843. Les accouchemens dans lesquels la région occipitale se trouve placée sur l'entrée du bassin, au commencement du travail, sont toujours bien moins fâcheux que ceux où l'enfant y présente la face ; puisque la tête ne peut s'engager qu'elle ne revienne à sa position naturelle, et qu'elle ne se fléchisse de plus en plus sur la poitrine ; au lieu qu'elle s'éloigne d'autant plus de cette bonne position qu'elle s'engage davantage, quand c'est la face qui se présente, et qu'elle achève alors de se renverser sur le dos.

1844. Lorsqu'on est obligé d'opérer l'accouchement au moment où la région occipitale se présente, si on juge plus à propos de le faire avec le forceps que de retourner l'enfant pour l'amener par les pieds, il faut préalablement, d'une main introduite dans le vagin, écarter le sommet de la tête du point de la marge du bassin contre lequel il est appuyé, et le ramener au centre du détroit supérieur pour placer ensuite les branches de l'instrument sur les oreilles de

(1) *Voyez* la première partie de ses observations sur la cause des accouchemens laborieux.

l'enfant, comme nous l'avons recommandé à l'égard des différentes positions du vertex. Un exemple suffira pour faire connoître la manière d'opérer dans tous les cas de cette espèce.

Manière dont il faudroit alors employer le forceps.

1845. Supposons que la région occipitale se présente au détroit supérieur, de sorte que le derrière du col soit appuyé sur le rebord des os pubis, et le sommet de la tête contre la saillie du sacrum. Dans ce cas on introduira la main vers la partie postérieure du bassin, jusqu'à ce que les doigts soient parvenus assez loin pour embrasser le vertex, et l'entraîner au au milieu du détroit, pendant qu'on exercera une pression convenable sur le ventre de la femme, au moyen de l'autre main, pour diminuer un peu l'obliquité antérieure de la matrice. On appliquera le forceps ensuite sur les côtés du bassin, et à une hauteur convenable sur ceux de la tête, comme dans la première position du vertex, où elle s'est enclavée. On détournera l'occiput de dessus la symphyse du pubis, en le dirigeant vers la partie latérale gauche du détroit, afin de rendre les plus grands diamètres respectifs; et on entraînera la tête dans cette direction jusqu'au fond du bassin, où on lui fera faire un autre mouvement de rotation pour ramener la région occipitale sous l'arcade des os pubis, et achever l'accouchement à l'ordinaire.

1846. Si l'occiput se présentoit dans une situation différente de celle que nous venons de prendre pour exemple, il faudroit se servir également de la main pour ramener le sommet de la tête à l'entrée du bassin, en prenant pour règle de conduite à ce sujet, ce que nous avons dit de ces sortes d'accouchemens aux §. 1408 et suivans. Quant à l'application du forceps, il faut consulter ce qui a été prescrit à l'occasion de la position du sommet, à laquelle on aura réduit alors la tête de l'enfant.

Cas où l'un des côtés de la tête se présente.

1847. La tête ne peut présenter un de ses côtés, qu'elle ne soit penchée plus ou moins sur l'épaule

opposée ; comme elle ne peut offrir la face, qu'elle ne soit renversée sur le dos. Ce sont aussi à-peu-près les mêmes causes qui déterminent ces régions à se placer à l'entrée du bassin ; mais les suites de ces mauvaises positions sont bien différentes. Dans la première, la tête ne peut s'engager qu'elle ne se redresse et qu'elle ne revienne comme d'elle-même à sa situation naturelle, au lieu qu'elle s'en éloigne au contraire de plus en plus en s'engageant, lorsqu'elle présente la face ; ainsi que nous venons de le faire observer de nouveau au §. 1843. L'enclavement n'est donc pas plus à craindre dans les positions des parties latérales de la tête, que dans celle de l'occiput ; puisqu'il ne peut avoir lieu que la tête ne s'engage, et qu'elle ne peut s'engager dans tous ces cas qu'elle ne se redresse et ne revienne à sa situation naturelle. Si elle s'enclavoit ce seroit alors le sommet qui se présenteroit, et ce cas rentre dans ceux qui ont été exposés ci-devant. C'est donc bien moins l'enclavement qui doit nous déterminer à recourir aux instrumens pour opérer l'accouchement, quand un des côtés de la tête se présente, que le danger qu'il y auroit, selon les circonstances, à retourner l'enfant et à l'amener par les pieds.

1848. Si ces mêmes circonstances pouvoient quelquefois nous décider en faveur du forceps, il faudroit commencer par redresser la tête au moyen d'une main introduite dans le vagin, afin de se servir ensuite de cet instrument comme dans les différentes positions du sommet. Un exemple doit suffire encore pour l'intelligence de ce que l'on doit faire dans tous les cas où l'un des côtés de la tête se présente. *Manière dont il faudroit alors employer le forceps.*

1849. Supposons que ce soit la partie latérale droite qui se trouve sur l'entrée du bassin, de manière que le sommet soit appuyé contre la saillie du sacrum, et le bas de l'oreille sur le rebord des os pubis, position qui n'est pas fort rare, comme on l'a remarqué ailleurs. Si l'on jugeoit alors plus expédient d'opé-

rer l'accouchement avec le forceps que de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds, il faudroit introduire la main gauche dans le vagin, en insinuant les doigts au-dessus du vertex pour l'entraîner au détroit supérieur; de même qu'on le feroit, si on ne se proposoit autre chose que de rappeler la tête à sa position ordinaire, dans les vues d'abandonner ensuite l'accouchement aux soins de la nature. *Voy.* §. 1479. Après avoir opéré ce changement, le sommet de la tête se trouvant placé transversalement au détroit, de sorte que l'occiput regarde le côté gauche, il faut introduire la branche femelle du forceps sous la symphyse du pubis, et la branche mâle au-devant du sacrum, pour saisir et pour extraire la tête, en suivant les règles prescrites au §. 1783.

1850. Le succès de l'application du lévier pour redresser la tête ou ramener le sommet à l'entrée du bassin, est trop incertain dans tous ces cas, pour nous autoriser à le recommander, la main est préférable.

## ARTICLE VII.

### *De l'usage du forceps, pour extraire la tête, dans les Accouchemens contre nature où le tronc de l'enfant est entièrement sorti.*

*Des avantages du forceps, quand le tronc de l'enfant est sorti.*

1851. Personne n'ignore le danger auquel l'enfant est exposé dans les accouchemens où l'on est obligé de l'extraire par les pieds, sur-tout quand le bassin est un peu resserré relativement au volume de la tête. Sa mort est presque toujours inévitable dans ce dernier cas, soit qu'on exerce de grands efforts sur le tronc à dessein d'extraire la tête, soit qu'on prenne le parti d'en abandonner l'expulsion aux soins de la nature, après avoir dégagé les pieds, comme quelques-uns l'ont trop généralement recommandé. L'enfant est victime, dans le premier cas, des extentions forcées de la colonne épinière, du tiraillement de la moelle

qu'elle

qu'elle renferme, et de la luxation de quelques-unes des vertèbres cervicales, ou de la tête même : dans l'autre cas, sa mort, au contraire, est l'effet de la compression qu'éprouvent le cordon ombilical et la poitrine, en traversant l'espèce de filière que forme le bassin, où ces parties séjournent plus ou moins de temps ; et peut-être aussi, dans la suite de la compression des vaisseaux jugulaires ; le bord de l'orifice de la matrice et l'entrée de la vulve se resserrant sur le col, et agissant à la manière d'une ligature.

Des Auteurs qui ont employé le forceps dans ce cas.

1852. L'art tend donc une main bien peu secourable à l'enfant, dans cette malheureuse circonstance ; et de toutes ses ressources, la plus assurée ne le garanti pas toujours du danger pressant qui le menace. *Smellie* a plusieurs fois appliqué le forceps avec succès en pareil cas, et nous avons marché sur ses traces ; mais peu d'Accoucheurs avec nous l'ont imité ; du moins ne trouve-t-on aucun vestige de cette méthode dans leurs ouvrages, si ce n'est dans celui de M. *Deleurie*. Cet Auteur ne connoissoit pas vraisemblablement l'ouvrage de *Smellie*, sur-tout sa XXXV^e. Table et son explication (1), où l'on trouve des vues qui ne peuvent naître que d'un Praticien vraiment instruit ; puisqu'il assure que ce n'est qu'à force d'études et de réflexions qu'il a obtenu quelque succès du forceps dans ces sortes d'accouchemens ; *Smellie* se bornant, dit-il, à en prescrire l'usage, et ne décrivant pas la manière de s'en servir (2). Nous trouvons au contraire *Smellie* si clair et si précis sur ce dernier point, que nous renverrions à son ouvrage si la méthode qu'il décrit convenoit à tous les cas où la tête peut être retenue après la sortie du tronc ; mais n'étant applicable qu'aux positions dans lesquelles la longueur de la base du crâne est selon le diamètre antéro-pos-

(1) *Smellie*, tome IV, page 65, pl. XXXV, traduction françaiso.

(2) Traité d'Accouchemens, par M. *Deleurie*, nouvelle édition, §. 798 et 800.

térieur du bassin, soit que l'occiput réponde au pubis ou au sacrum, elle ne sauroit mériter la préférence sur celle que nous décrirons pour les situations transversales, bien plus fréquentes que ne le sont ces premières, si on considère la tête retenue au détroit supérieur.

Causes qui doivent faire recourir à cet instrument.

1853. L'obligation de conserver la vie à l'enfant n'est pas le seul motif qui doive nous déterminer à faire usage du forceps dans les accouchemens dont il s'agit ; il faut encore l'employer après sa mort pour en éviter la détroncation, c'est-à-dire, l'arrachement du tronc et sa séparation d'avec la tête ; on doit même le préférer alors d'autant plus volontiers qu'on a plus de raison de craindre cet accident : ce n'est pas que cet accident soit redoutable pour l'enfant, puisqu'il est déjà mort, mais parce qu'il est plus facile d'extraire la tête quand elle est encore liée au tronc que lorsqu'elle en est séparée.

1854. Ce n'est pas toujours au détroit supérieur que la tête est forcée de s'arrêter dans les accouchemens contre nature où on tire l'enfant par les pieds ; quelquefois l'obstacle qui la retient ne vient que du détroit inférieur, et la circonstance n'en est que bien plus favorable à l'application du forceps. Si le lieu du bassin où la tête se trouve arrêtée apporte quelques légères différences dans la manière d'employer cet instrument, sa position relativement à ce même lieu en exige de bien plus essentielles, comme on le verra ci-après.

## SECTION PREMIÈRE.

*De la manière d'employer le forceps, quand la tête est retenue par sa base dans la position où l'occiput répond au pubis, et la face au sacrum ; et dans celle où l'occiput est contre ce dernier et la face vers le pubis.*

Premier cas de l'application du

1855. Dans le premier de ces cas, après avoir dégagé les bras de l'enfant et les avoir enveloppés du

même linge dont le tronc est entouré, on relève le tout convenablement vers le ventre de la femme, et on le fait soutenir par un aide. On insinue les branches de l'instrument sur les côtés du bassin (1), avec les mêmes soins et de la même manière que dans la première position du sommet de la tête, ayant égard seulement à la hauteur à laquelle la base du crâne est arrêtée, pour les enfoncer plus ou moins et en abaisser de même l'extrémité externe. Lorsque ces deux branches sont réunies et fixées, on opère l'extraction de la tête, en lui faisant décrire une marche différente, selon le lieu du bassin qu'elle occupe, et les détroits qu'elle doit franchir.

forceps ; après la sortie du tronc.

1836. Quand elle ne s'est arrêtée qu'au détroit inférieur, on tire de la main droite sur l'extrémité du forceps, en la relevant insensiblement à mesure que la face se dégage vers le bas de la vulve, jusqu'à ce que le front soit au-dehors, pendant qu'on soutient le périnée, de l'autre main, pour prévenir sa rupture.

1837. Lorsque la tête est encore au-dessus du bassin, on porte les branches du forceps plus avant que dans le cas précédent, et on en tient l'extrémité beaucoup plus bas. On saisit ensuite celle-ci de la main droite, et le milieu de l'instrument de la gauche; on déplace la tête et on lui donne une situation presque transversale relativement au détroit supérieur, en tournant, de préférence, l'occiput vers le côté gauche du bassin, comme on le voit sur la quatorzième planche. Si la tête étoit engagée et serrée dans le détroit, il faudroit, avant de la rouler ainsi, l'ébranler un peu et la repousser de quelques lignes, en portant alternativement l'extrémité du forceps vers l'une et l'autre cuisses de la femme, comme on le remarque au §. 1818. En roulant la tête et en lui donnant la position transversale qui est indiquée,

(1) *Voyez* la treizième planche.

instrument convenablement, on procède à l'extraction de la tête, de la manière suivante.

1860. Quand elle est encore au détroit supérieur, on l'ébranle un peu, pour la faire remonter d'abord et détourner ensuite la face plus aisément de derrière le pubis; ce qui n'est pas difficile, lorsqu'on a la précaution, pendant qu'on la détourne ainsi, de baisser davantage l'extrémité de l'instrument et de l'incliner un peu vers la cuisse du côté où on dirige la face; ce que nous faisons de préférence vers le côté gauche. Ayant placé le plus grand diamètre de la base du crâne selon le plus grand du détroit supérieur, on doit tirer sur l'instrument, dans une direction qui tendroit à passer obliquement sous la cuisse gauche de la femme, si on veut entraîner la tête dans l'excavation du bassin, où on lui fait exécuter aussi-tôt un autre mouvement de rotation, par lequel on ramène la face sous le pubis. S'il faut baisser l'extrémité de l'instrument et l'incliner vers l'une des cuisses de la femme, en même temps qu'on change la position de la tête à l'égard du détroit supérieur, il faut la relever et la ramener vis-à-vis le pubis, lorsque dans le dernier temps on ramène la face sous celui-ci.

De la manière d'extraire la tête.

1861. Pour achever l'extraction de la tête, dès qu'on l'a réduite à la position dont il s'agit respectivement au détroit inférieur, on tient le forceps de la main droite seulement placée à son extrémité, et on applique la gauche contre le périnée de la femme, au-dessous du col de l'enfant, qu'on soutient alors du bord radial de l'index; de manière que ce soit

rapport à l'impossibilité où l'on est alors de baisser l'extrémité de l'instrument autant qu'on le fait dans la position précédente, il faut essayer de le porter en-dessous, en tenant l'enfant élevé du côté du ventre de la mère. Mais il en résultera des inconvéniens pour faire suivre à la tête la marche prescrite au §. 1861, inconvéniens qu'on ne préviendra qu'en retirant l'instrument, quand la tête sera descendue dans le bassin, et en le remettant comme dans la position transversale que nous décrivons après celle-ci.

sur ce doigt que se passe le centre du mouvement que la tête doit décrire en se dégageant, et non pas sur la commissure de la vulve ou la fourchette. On tire à soi de la première main, en relevant peu-à-peu les branches de l'instrument et en les portant alternativement vers l'une et l'autre cuisses de la femme, jusqu'à ce que toutes les parties de la face et du vertex se soient dégagées successivement de dessous le pubis : car c'est en suivant cette marche que la tête doit sortir dans la position où elle est, pour n'offrir que ses plus petits diamètres à ceux du bassin ; comme nous l'avons fait observer en traitant du mécanisme de l'accouchement naturel, dans lequel les pieds présentent les orteils en-dessus.

1862. Si la tête n'étoit retenue que par le détroit inférieur, à l'instant où nous nous croyons obligés de recourir au forceps, la circonstance n'en seroit que plus avantageuse, tant pour ce qui regarde l'introduction des branches de cet instrument que pour l'extraction de la tête même ; et il faudroit se comporter, quant à l'un et à l'autre points, comme on l'a prescrit aux §§. 1859 et 1861. L'on ne doit essayer de tourner la face vers le sacrum, dans le cas qui fait le sujet de ces mêmes paragraphes, qu'avec les plus grands ménagemens.

## Section II.

*De la manière d'employer le forceps, quand la tête est retenue dans une situation transversale, après la sortie du tronc.*

Troisième et quatrième cas de l'application du forceps, après la sortie du tronc.

1863. C'est ordinairement dans cette direction que la base du crâne s'arrête au détroit supérieur quand l'enfant vient par les pieds, et cet accident est à craindre toutes les fois que la distance du pubis à l'angle sacro-vertébral se trouve au-dessous de trois pouces et demi d'étendue. La position de la tête, quoique transver-

sale, n'est cependant pas toujours exactement la même; car l'occiput répond quelquefois au côté gauche du bassin, et d'autres fois au côté droit: ce qu'il n'est pas inutile de remarquer pour l'application du forceps courbe, puisque les branches n'en doivent pas être placées de la même manière dans l'un et l'autre cas. Il ne suffit pas de les diriger sur les côtés de la tête à une hauteur convenable, il faut encore les disposer de façon que leur bord concave regarde l'occiput, afin qu'on puisse le ramener sous le pubis dans le dernier moment. Ce seroit ici le lieu de retracer ce que nous avons dit des inconvéniens qu'il y auroit de placer une branche de cet instrument sur la face, et l'autre sur l'occiput, comme cela arriveroit si l'on suivoit la méthode de *Smellie* et de M. *Deleurie*; mais nous renverrons à l'article où nous traitons des positions transversales du sommet de la tête à l'égard du détroit supérieur.

1864. Nous ne dissimulerons cependant pas que ce procédé peu conforme aux préceptes de l'Art est plus facile à exécuter que celui que nous y substituerons, quant à l'application même du forceps: mais ce foible avantage ne sauroit nous déterminer à le préférer, parce qu'il est bien moins sûr pour l'enfant. Puisqu'il convient de placer les branches du forceps sur les côtés de la tête, et qu'on ne le fait jamais plus aisément que quand elles peuvent être introduites en même temps vers les côtés du bassin, l'Accoucheur s'épargneroit quelques difficultés, s'il pouvoit, de la main seule, après avoir abaissé les bras de l'enfant, changer la position de la tête et la réduire à la première de celles que nous avons décrites, c'est-à-dire, s'il pouvoit tourner la face vers le sacrum: mais le plus souvent et même presque toujours, il tenteroit vainement ce déplacement. On se conduira donc de la manière suivante.

1865. Quand l'occiput répond au côté gauche du bassin, on incline d'abord le tronc et les bras de l'en- *De la manière d'opérer dans*

le troisième cas. fant, entourés d'un même linge, vers la cuisse de ce côté, où un aide les soutient pendant qu'on applique le forceps. On introduit, en premier, la branche femelle vers le côté droit du bassin, en dirigeant son extrémité, au moyen de quelques doigts de la main gauche, jusqu'au-delà du menton de l'enfant et un peu sur la joue droite, pour qu'elle ne s'arrête pas sous la mâchoire, qu'elle ne s'engage pas dans la bouche, et ne rencontre pas le nez dans son trajet. On plonge cet instrument, dans la même direction, à la hauteur du front de l'enfant; ensuite en le poussant du bout des doigts qui lui ont servi de guide et qu'on place alors sur son bord postérieur ou convexe, on le fait passer sur le milieu de la face et sur la tempe gauche pour le conduire sous le pubis; pendant qu'on baisse de l'autre main, mais insensiblement, son extrémité externe et qu'on tourne directement à l'horizon le bout du crochet qui la termine: comme on le remarque à l'occasion de l'une des positions transversales du sommet de la tête. *Voyez* §. 1808.

1866. On insinue l'autre branche au-devant du sacrum, et à la même hauteur que la première, ainsi qu'on l'observe sur la quatorzième planche et au §. 1809. Après cela, on les réunit et on les assujettit convenablement. On tire d'abord le plus en en-bas possible, jusqu'à ce que la tête ait franchi le détroit supérieur; en observant, à mesure qu'elle descend, d'incliner un peu l'extrémité du forceps vers la cuisse gauche de la femme. Mais aussi-tôt qu'elle est parvenue dans le fond du bassin, on ramène l'occiput sous le pubis en relevant le bout de l'instrument et en le portant vis-à-vis la symphyse, pour continuer d'opérer comme dans la première position.

De la manière d'opérer dans le quatrième cas. 1867. On place le forceps de la même manière, dans la situation transversale de la base du crâne où le derrière de la tête répond au côté droit du bassin, avec cette différence seulement que la branche mâle

soit sous la symphyse du pubis, et la branche femelle au-devant du sacrum. On insinue d'abord la première vers le côté gauche du bassin, où se trouve la face. Après l'avoir plongée à la hauteur convenable pour que son extrémité embrasse le front, on la conduit sous la symphyse, en la poussant du bout de plusieurs doigts de la main droite, qui lui ont servi de guide, et qu'on applique alors sur son bord convexe, pendant qu'on baisse insensiblement et autant qu'on le peut son extrémité, en tournant la pointe du crochet en en-bas. On introduit ensuite l'autre branche en suivant le sacrum. Lorsqu'elles sont réunies, on saisit l'instrument des deux mains, la gauche étant placée à son extrémité, et la droite au milieu. On tire premièrement en en-bas et en portant un peu la première main vers la cuisse droite de la femme, où l'on a dû incliner, avant tout, le corps de l'enfant. Quand la tête a traversé le détroit supérieur, on la roule dans la cavité du bassin, pour ramener l'occiput sous le pubis, et achever de l'extraire à l'ordinaire.

---

## CHAPITRE IV.

### *De l'usage du lévier.*

Cas où le lévier peut être utile.

1868. L'UTILITÉ du lévier ne paroîtra pas aussi générale que celle du forceps, d'après ce que nous en avons déjà dit; et chaque Praticien, sans consulter notre opinion, s'en convaincra aisément s'il veut donner la plus légère attention à la manière d'agir de ces deux instrumens. On ne doit employer le lévier que pour corriger certaines positions défectueuses de la tête et favoriser secondairement sa sortie (1); au lieu que le forceps peut servir à l'extraire toutes les fois qu'il n'existe pas un défaut de proportion trop considérable entre elle et le bassin de la mère.

1869. La tête, en s'engageant dans le bassin, s'écarte quelquefois de la marche qu'elle doit suivre pour le traverser librement. La partie postérieure du sommet, ou la région de la fontanelle postérieure, au lieu de s'avancer de plus en plus, peut s'éloigner à mesure que la tête descend; de sorte que le haut du front vienne se présenter au milieu du détroit inférieur, comme on l'a expliqué au §. 1277 et suivans. L'occiput se trouvant alors plus ou moins renversé sur le dos de l'enfant, et le menton écarté de la poitrine, de manière que la tête offre de front le plus grand de tous ses diamètres, l'accouchement devient impossible sans le secours de l'art, chez beaucoup de femmes, ou tout au moins très-difficile. Nous ne saurions donc nous mettre trop en garde contre cette mauvaise position, soit pour la prévenir

(1) *Voyez* depuis le §. 1655, jusqu'au §. 1686 inclusivement.

en empêchant la tête de s'engager ainsi, soit pour la corriger, quand nous sommes appelés plus tard. *Voyez* §. 1283 et suivans.

1870. L'indication, dans le premier cas, consiste à soutenir le haut du front pour l'empêcher de descendre; et dans le second, à fléchir la tête sur la poitrine de l'enfant, soit en repoussant le front dans une direction convenable, soit en entraînant l'occiput en en-bas. La main suffit presque toujours pour opérer ce changement avantageux; et ce n'est qu'à son défaut qu'il faut avoir recours au lévier. Nous préviendrons ici que les cas où ce dernier devient nécessaire sont tellement rares, que nous n'en avons pas encore trouvé un seul, mon frère et moi, où il fût indispensable (1).

En quoi consiste l'effet du lévier.

1871. C'est toujours sur l'occiput que nous recommandons d'appliquer cet instrument, dont la courbure doit être proportionnée à la convexité de cette région, pour qu'elle l'embrasse exactement, et que son extrémité puisse y trouver un point d'appui suffisant pour l'entraîner. Il faut s'en servir comme d'une espèce de crochet mousse, et non comme d'un lévier ordinaire. La manière de l'employer, quoique toujours selon les mêmes principes, doit être néanmoins un peu différente dans chaque position de la tête; parce qu'il faut avoir égard à la marche que celle-ci doit décrire dans les diverses situations où elle peut se présenter, pour franchir le bassin avec le moins d'obstacles.

De l'endroit de la tête sur lequel il faut appliquer le lévier.

(1) Nous allons cependant en indiquer plusieurs, indépendamment de ceux que nous avons déja fait connoître en traitant de l'usage du forceps; parce qu'on ne doit rien omettre dans un ouvrage destiné à l'instruction des jeunes gens. Tous ces cas, pour ceux qui y donneront la moindre attention, ne paroîtront qu'autant de nuances d'un seul; car dans tous, l'usage du lévier se borne à faire descendre l'extrémité occipitale de la tête.

## Section première.

*De l'usage du lévier dans la position du sommet où l'occiput répond au pubis de la mère et la face au sacrum; dans celle où l'occiput est contre celui-ci, et la face derrière le pubis.*

Premier cas où l'on doit se servir du lévier.

1872. Le premier de ces cas, qui est à-peu-près celui pour lequel *Roonhuisen* recommandoit l'usage du lévier, n'est pas fort commun; parce que la tête descend rarement dans la position où l'occiput répond à la symphyse du pubis. Si on la trouve presque toujours située de cette manière quand elle se dégage du bassin, c'est que l'occiput se tourne sous le pubis dès qu'elle a franchi le détroit supérieur: mais elle ne peut exécuter ce mouvement de rotation, quand elle a suivi une marche telle que l'usage du lévier en devienne nécessaire. En supposant qu'elle ait présenté l'occiput primitivement derrière le pubis, et qu'elle se soit engagée en se renversant sur le dos de l'enfant, si l'on ne peut repousser le front, ou abaisser la région occipitale, avec les doigts seuls, on insinuera le lévier derrière la symphyse du pubis, jusqu'à ce que sa courbure embrasse exactement la rondeur de l'occiput. Pour l'introduire plus sûrement et plus méthodiquement, on le tiendra d'une main, de sorte que l'extrémité qui lui sert de poignée soit très-basse, et l'on en dirigera l'autre bout dans le lieu indiqué, au moyen de l'index et du doigt du milieu de la seconde main, ou bien d'un seul, introduits à l'entrée du vagin. Pour faire pénétrer plus librement cet instrument, on aura soin de relever insensiblement l'extrémité qui est au-dehors, en la portant un peu alternativement vers l'une et l'autre cuisses de la femme, jusqu'à ce que la longueur de toute cette portion apparente soit à-peu-près parallèle à l'horizon.

De la manière de l'appliquer.

1873. L'ayant plongé à une hauteur convenable sur la tête, on le saisira d'une main placée en-dessus, près le pubis, et de l'autre à son extrémité. De celle-ci, on tirera à soi, en baissant légèrement, pendant qu'on agira de la première comme si l'on vouloit déprimer la tête vers le coccix de la mère, et la porter en arrière : c'est à ce moyen qu'on lui fera faire une espèce de bascule, dans laquelle l'occiput descendra, tandis que le menton se relèvera vers la poitrine. Si l'on ne réussissoit pas de cette manière à faire descendre l'occiput autant que la circonstance l'exige, il faudroit dans le temps même qu'on agit avec le lévier sur cette partie de la tête, repousser un peu le front qui est en arrière, au moyen de l'extrémité de quelques doigts de la main qui embrasse le milieu de l'instrument; mais disposée de façon qu'elle puisse affermir le lévier dans sa situation, et agir de plusieurs doigts sur le front. Ce mouvement de bascule étant fait, il est rare que la tête tarde à sortir, à moins que d'autres causes ne s'y opposent : alors on a recours au forceps, si les circonstances ne permettent pas à la femme de se délivrer seule.

1874. L'utilité du lévier n'est pas moins évidente dans la position où le front répond au pubis et l'occiput au sacrum, que dans la précédente, lorsque le menton de l'enfant a quitté le haut de sa poitrine de trop bonne heure, et que la tête s'est engagée en se renversant un peu sur le dos : mais il ne faut encore s'en servir qu'autant que les doigts seuls ne peuvent corriger cette situation désavantageuse, c'est-à-dire, abaisser l'occiput.

Second cas où le lévier est nécessaire.

1875. On plonge alors l'instrument entre l'occiput de l'enfant et le sacrum de la mère, en le tenant à-peu-près comme on tient l'algali pour sonder à la méthode commune, ou par-dessus le ventre ; avec cette différence cependant, que l'extrémité du lévier doit être moins inclinée sur celui-ci, que le bout de

la sonde. Pour le faire pénétrer assez loin et jusqu'au-dessus de la protubérance occipitale, il faut abaisser insensiblement, et autant que les parties extérieures de la femme le permettent, l'extrémité désignée, en la portant un peu alternativement de droite à gauche, comme on l'a ci-devant observé. S'étant assuré de la bonne position du lévier sur la tête, ou de sa bonne prise, on place une main transversalement au-dessous de la partie moyenne de cet instrument près le périnée, afin de le fixer contre l'occiput; et de l'autre main on tire sur son extrémité. On observe d'agir en premier lieu dans une direction presque horizontale, et ensuite en relevant un peu, jusqu'à ce que la nuque ou le derrière du col commence à paroître au bas de la vulve. On retire alors le lévier, et on dégage la face de dessous le pubis, comme dans l'accouchement naturel, où elle s'est présentée de cette manière.

## SECTION II.

### *De l'usage du lévier dans tous les cas où la tête de l'enfant est placée diagonalement ou transversalement sur le détroit inférieur.*

Des autres cas où l'on doit avoir recours au lévier.

1876. Les positions diagonales de la tête à l'égard du détroit inférieur sont la suite de celles qu'on observe presque toujours au détroit supérieur, et qui sont les plus favorables à sa descente. Ce n'est pas pour changer ces positions que nous proposons le lévier : le doigt suffit pour faire prendre une autre direction à la tête, et ramener l'une de ses extrémités sous le pubis, quand elle ne s'y tourne pas d'elle-même ; ce qui manque bien rarement. Si les efforts de la nature et le doigt de l'Accoucheur étoient insuffisans, ce seroit au forceps qu'il faudroit avoir recours, et non au lévier. Nous avons déjà fixé ces

positions au nombre de quatre, que nous rappelerons sommairement ici. Dans les deux premières, l'occiput répond à l'un des trous ovalaires; ce sont les plus ordinaires: dans les deux autres, il est situé vis-à-vis l'une des échancrures ischiatiques.

1877. Lorsque la tête s'est engagée dans l'une ou l'autre de ces positions en se renversant sur le dos de l'enfant, comme nous l'avons remarqué au §. 1277 et suivans, il faut s'efforcer de repousser le front et de faire descendre l'occiput, de la manière indiquée aux mêmes paragraphes. Si les doigts seuls ne suffisoient pas pour opérer ce déplacement, il faudroit avoir recours au lévier. C'est dans ces sortes de cas que M. *Levret* le croyoit sur-tout recommandable, et pour lesquels il disoit avoir fait usage avec succès de l'une des branches du forceps, avant qu'il ne connût ce nouvel instrument: car ces cas sont les mêmes que ceux où il pensoit que l'épine ischiatique ne manquoit guère de s'enfoncer dans la suture sagittale. *Voyez* §. 1649 et le suivant.

**Manière de s'en servir quand l'occiput répond à l'un des trous ovalaires.**

1878. Quand l'occiput est placé derrière l'un ou l'autre trou ovalaire, on y conduit l'instrument à-peu-près comme pour la position énoncée au §. 1872, si ce n'est qu'on le dirige un peu de côté, au lieu de l'insinuer directement sous la symphyse du pubis, afin qu'il soit toujours appliqué sur le derrière de la tête, qu'on doit abaisser convenablement, pour abandonner ensuite le reste de l'accouchement aux soins de la nature, à moins qu'on ne soit forcé par les circonstances de l'opérer sur le champ; ce qu'il faudroit faire alors avec le forceps. Nous observerons que le succès de l'application de ce dernier seroit très-incertain, si l'on ne faisoit faire préalablement à la tête l'espèce de bascule dont il s'agit; comme on peut s'en convaincre en se rappelant la manière d'agir de cet instrument, et le rapport des dimensions de la tête ainsi renversée sur le dos, avec celles du détroit inférieur.

Quand l'occiput répond à l'une des échancrures ischiatiques.

1879. Lorsque l'occiput répond à l'une des échancrures ischiatiques, il faut insinuer le lévier dans cette direction, en tenant son extrémité qui est au-dehors fort haute d'abord, et plus ou moins inclinée vers l'aine de la femme du côté opposé. L'on se conduira d'ailleurs comme dans la position où l'occiput répond directement au sacrum, jusqu'à ce qu'on l'ait fait descendre convenablement.

1880. Le lévier peut être utile, non-seulement dans tous les cas énoncés dans ce Chapitre, mais encore dans ceux où la tête s'est engagée en présentant la face, comme on l'a remarqué ci-devant. Dans tous, on peut y substituer, au besoin, l'une des branches du forceps ordinaire, quoiqu'elle offre peut-être un peu moins d'avantage, et que son application exige plus de soins et d'attention.

---

CHAPITRE

## CHAPITRE V.

### *Des Accouchemens qui ne peuvent s'opérer qu'à l'aide d'une main armée de quelque instrument tranchant applicable sur le corps de l'enfant.*

1881. LA mère et l'enfant ne sauroient toujours partager également les effets salutaires de l'art des accouchemens; parce qu'il est des circonstances où l'on ne peut assurer le salut de l'un qu'en exposant plus ou moins la vie de l'autre. Quoique ces circonstances soient beaucoup plus rares aujourd'hui que dans le siècle dernier, même dans le commencement de celui-ci, où l'on employoit fréquemment les crochets et autres instrumens destinés à ouvrir le crâne, on en rencontre encore quelques-unes dans lesquelles on est obligé de porter ces instrumens sur l'enfant; comme il s'en présente aussi où l'on est dans la nécessité de faire des opérations douloureuses, et souvent même dangereuses, sur les parties de la mère, pour la soustraire, ainsi que son enfant, à une mort qui deviendroit inévitable.

*Différentes espèces d'instrumens qui sont nécessaires.*

*De leurs effets en général.*

1882. Les crochets et les perce-crâne ne sont pas les seuls instrumens tranchans dont on doive faire usage sur l'enfant renfermé dans le sein de la femme; le bistouri, le trocar, ou les ciseaux sont quelquefois mieux indiqués. L'enfant est presque toujours vivant lorsque ces derniers méritent la préférence; et s'il périt à la suite de leur application, c'est moins l'effet de la division qu'ils ont faite, que de la maladie qui les exigeoit. Il n'en est pas de même de l'emploi des crochets et autres instrumens de ce

genre, si différens dans leur manière d'agir: la mort de l'enfant doit seule en déterminer l'usage, quels que soient les obstacles qui s'opposent à l'accouchement, parce qu'ils manqueroient rarement d'être meurtriers, s'il vivoit encore. Si l'on a extrait des enfans vivans par leur secours, on a eu la douleur de voir expirer la plupart, peu de minutes après, des suites de leurs blessures.

Des causes qui en exigent l'application.

1883. Les causes qui exigent l'emploi de ces instrumens, sont en général, la mauvaise conformation du bassin de la mère, et celle de l'enfant même, soit de la tête ou du tronc; l'hydropisie du crâne, celle de la poitrine ou du bas-ventre, etc. Toutes ces causes seront développées dans la suite à mesure que nous traiterons des opérations qu'elles requièrent. Avant tout, il nous paroît important d'exposer les signes d'après lesquels on est fondé à croire que l'enfant renfermé dans le sein de la femme, est vivant ou mort, parce qu'il y auroit autant d'ignorance et d'inhumanité à mutiler celui qui est vivant, pour épargner à la mère les douleurs et le danger de l'opération césarienne, qu'à pratiquer cette opération pour donner issue à celui qui est privé de la vie et qu'on peut extraire par les voies ordinaires, après l'avoir mutilé. Nous ne négligerons rien pour mettre les jeunes Accoucheurs dans le cas d'éviter ces écueils fâcheux: si nous ne pouvons les en affranchir entièrement, par rapport à l'incertitude que laissent quelquefois les signes que nous allons exposer, nous les rendrons au moins des plus circonspects dans l'emploi, trop familier encore, des moyens énoncés.

## ARTICLE PREMIER.

*Des signes d'après lesquels on prononce communément que l'enfant est vivant ou mort.*

1884. L'accroissement successif du ventre de la femme, la bonne santé dont elle jouit, les mouvemens qu'elle ressent en elle après le quatrième mois de la grossesse, ou que l'Accoucheur distingue en plaçant une main sur le lieu où ils se passent, sont, avant l'époque du travail de l'accouchement, les signes d'après lesquels on juge ordinairement que l'enfant est vivant. Mais combien de fois ne s'est-on pas trompé à ce sujet?

Signes qui annoncent pendant la grossesse, que l'enfant est vivant.

1885. Ces signes ne paroîtront pas décisifs, si l'on fait attention que le volume du ventre de la mère s'accroît quelquefois après la mort de l'enfant, que bien des femmes ressentent intérieurement des mouvemens semblables à ceux d'un enfant, quoiqu'elles ne soient pas grosses; que d'autres qui le sont véritablement, n'en distinguent que de très-obscurs, malgré qu'il se porte bien; enfin que plusieurs sont accouchées d'un enfant mort et putréfié, un jour, même un instant après qu'elles ont cru le sentir remuer (1).

1886. Quand l'enfant est vivant, d'autres signes le font connoître dans le cours du travail de l'accouchement. Bien des Accoucheurs pensent que les douleurs se soutiennent mieux, et que les eaux de l'amnios sont claires et limpides : mais l'on ne sauroit encore établir de jugement sur de pareils symptômes, et les suivans paroissent bien plus sûrs. La peau du crâne est serrée, elle jouit de l'élasticité propre aux tégumens, et il s'y forme un empâtement ou

Autres signes qui se manifestent dans le temps de l'accouchement.

(1) Nous n'avançons rien à ce sujet qui ne soit le résultat de l'observation.

un engorgement plus ou moins considérable, toutes les fois que la tête s'engage difficilement. On distingue le battement du cœur et celui des artères du cordon, lorsque le doigt peut toucher l'un, et parvenir à la région de l'autre ; on reconnoît de même les mouvemens de la langue et de la mâchoire, quand on l'introduit dans la bouche : mais malheureusement le cordon ne se présente pas toujours à la portée du doigt, et l'on ne peut introduire celui-ci assez loin pour distinguer tous ces symptômes, dans la circonstance fâcheuse où l'art n'offre d'autres ressources que l'opération césarienne, ou la section de l'enfant dans le sein de sa mère. Il faut donc s'en rapporter alors aux signes commémoratifs, et à ceux qui se déduisent de la partie que l'enfant présente à l'orifice de la matrice. Le moins équivoque de tous est la tuméfaction qui se forme sur la tête pendant les efforts du travail, de même que celle qui survient à la partie qui s'engage ou qui est pressée contre l'entrée du bassin.

**Remarques sur quelques-uns de ces signes.**

1887. Nous avons fait observer au §. 459, que la fontanelle antérieure ne jouissoit d'aucun mouvement pulsatif avant la naissance, et nous ferons remarquer ici, 1°. qu'on attribue souvent aux artères de la partie de l'enfant soumise au toucher, les pulsations des artères du doigt dont on se sert pour faire ces recherches; 2°. que l'irrégularité des douleurs de l'accouchement et leur lenteur sont le plus souvent indépendantes de la vie ou de la mort de l'enfant, ainsi que la couleur et l'odeur des eaux de l'amnios. Nous avons trouvé fréquemment ces dernières très-claires et sans odeur extraordinaire, quoique l'enfant fût mort ; tandis qu'elles étoient troubles, verdâtres ou grisâtres, et d'une fétidité insupportable, en d'autres cas où il étoit vivant et bien portant.

Signes de la mort de l'enfant.

1888. L'absence des signes apparens de la vie de l'enfant contenu dans le sein de sa mère, ne carac-

térise pas toujours sa mort d'une manière assez évidente, pour qu'on ne puisse commettre d'erreur à ce sujet; et rien n'est plus capable de nous convaincre de cette vérité, que la difficulté, et même l'impossibilité où nous sommes quelquefois, de juger si celui qui est entièrement soumis à nos sens, c'est-à-dire, que nous pouvons voir et toucher, est véritablement mort ou en vie. Nous en avons connu de vivans qu'on avoit jugés morts dans le premier moment, même qu'on avoit abandonnés comme tels après leur avoir donné des soins en apparence inutiles, pendant plusieurs quarts d'heure. S'il est alors si difficile de prononcer sur l'état de l'enfant, avec quelle prudence ne devons-nous pas nous comporter quand on ne peut toucher, pour ainsi dire, qu'un point de sa surface? comme il arrive toujours lorsque le bassin est assez mal conformé pour exiger l'opération césarienne, ou la section de l'enfant même dans le sein de sa mère.

1889. La mort de l'enfant n'est pas l'effet d'une seule et unique cause; quelquefois elle est la suite des maladies dont il peut être atteint avant sa naissance; d'autres fois, de celles qui affectent la femme pendant la grossesse, ou bien d'une cause extérieure, comme d'un coup, d'une chûte. Parmi les premières, nous n'en connoissons pas de plus redoutables pour l'enfant que les convulsions et la pléthore sanguine.

1890. Les signes commémoratifs ne peuvent servir au plus, que dans le cas où l'enfant périt quelque temps avant l'époque ordinaire de la naissance; l'on ne sauroit en tirer aucun parti, quand sa mort n'a lieu que dans le cours du travail de l'accouchement.

1891. Lorsque l'enfant périt pendant la grossesse, si la mère le conserve encore quelque temps, un ballottement incommode dans le ventre et un sentiment de pesanteur sur le côté où elle se couche, *Signes qui ont lieu avant l'accouchement.*

succèdent bientôt aux mouvemens qu'elle avoit coutume de ressentir. Du troisième au quatrième jour, pour l'ordinaire, le sein se gonfle et devient douloureux, pour s'affaiser ensuite. Peu de temps après le visage pâlit, les yeux s'enfoncent et les paupières se bordent d'un cercle noirâtre, livide ou comme plombé; la bouche devient mauvaise, la femme éprouve des bâillemens fréquens, des maux de tête, des tintemens d'oreilles, des nausées et des vomissemens, des syncopes et des lassitudes spontanées; son ventre s'affaisse, et souvent une fièvre lente la consume sans relâche.

1892. Si ces effets manquent rarement de se manifester quand la mère conserve quelque temps en elle le cadavre de son enfant, nous les avons observés également et dans le même ordre, à la suite d'une chûte que fit une femme au sixième mois de sa grossesse, quoique l'enfant ne fût pas mort. Cette femme resta quinze jours en cet état sans distinguer le moindre mouvement qu'on pût attribuer à l'action des organes de l'enfant; mais elle en éprouva ensuite de légers qui se fortifièrent insensiblement, et n'accoucha que deux mois après, d'un enfant, à la vérité, languissant et foible, qui se développa néanmoins et vécut comme ceux qui paroissent les mieux constitués. Une autre femme presque au terme de sa seconde grossesse, éveillée dans l'agitation d'un rêve effrayant, dont elle crut encore voir le sujet, s'élance hors du lit pour se défendre et appeler à son secours. Plus éveillée alors et plus calme, elle ne se plaignit que des mouvemens extraordinaires de son enfant, qui ne donna dès le lendemain d'autres signes de sa présence que le ballotement incommode dont il est parlé au §. 1891. Les symptômes énoncés au même paragraphe se développèrent ensuite, et la femme, accablée de ces accidens autant que de la perspective alarmante de voir naître un enfant mort, accoucha au dixième

jour; non comme elle le craignoit, mais d'un enfant robuste, du poids de neuf livres au moins, et des mieux portans.

*Signes qui ne se manifestent que dans l'accouchement.*

1894. Quand la mort du fœtus précède de quelques jours l'époque de sa sortie, les eaux de l'amnios sont, le plus souvent, troubles et bourbeuses, comme chargées de méconium plus ou moins délayé et exhalent une odeur fétide et cadavéreuse. Les os du crâne sont vacillans, la peau qui les recouvre est très-lâche, et forme quelquefois à l'endroit du sommet, une espèce de poche qu'on trouve remplie d'eau glaireuse et rousseâtre.

1895. Si l'ensemble de tous ces signes ne laisse aucun doute sur la mort de l'enfant, comme ils ne sont que l'effet de sa putréfaction, ils n'ont pas toujours lieu à l'époque de l'accouchement; soit parce que l'enfant n'est mort qu'à cette époque, soit parce qu'il peut se conserver au milieu des eaux de l'amnios sans se putréfier (1). On exposeroit donc quelquefois la vie de la mère, si on attendoit la réunion de ces signes pour prendre un parti quelconque. La mort de l'enfant n'apportant jamais de changemens assez sensibles dans l'ordre naturel des choses qui l'ont précédé, pour qu'on puisse la reconnoître dès le premier instant, la prudence doit nous guider dans le choix des opérations qui pourroient influer sur sa vie, ou sur celle de la mère.

*Remarques essentielles sur plusieurs de ces signes.*

1896. On sait déjà qu'il se forme une tumeur à la portion des tégumens du crâne, qui répond à l'orifice de la matrice, quand la tête est fortement pressée contre la marge du bassin, ou serrée dans le détroit supérieur (2), et que cette tumeur ne peut

(1) Nous avons reçu de ces enfans conservés pendant plusieurs mois après leur mort. La peau en étoit blanche et ridée, comme dans un commencement de dessèchement. Ces enfans étoient morts long temps avant le terme naturel de la grossesse.

(2) *Voyez* §. 1705.

avoir lieu lorsque la mort de l'enfant a précédé d'un seul instant l'époque du travail de l'accouchement, même l'ouverture de la poche des eaux. On sait pareillement qu'elle s'amollit et devient flasque, si l'enfant, vivant au commencement du travail, périt dans le cours de celui-ci. Mais l'absence de cette tumeur ne caractèrise pas toujours d'une manière certaine l'état de mort, comme quelques-uns l'on cru et publié; non plus que la flaccidité qui succède à l'élasticité dont elle a joui d'abord, quand elle a lieu, quoique la tête reste enclavée. « Quand la » tête menace de s'enclaver, dit le célèbre *Levret*, » il se forme sur la partie qui se présente la pre- » mière une tumeur qui va toujours en augmentant » de volume et de solidité, jusqu'à son désencla- » vement, ou à la mort de l'enfant: dans ce dernier » cas, non-seulement la tumeur n'augmente plus, » mais elle s'amollit ». Il ajoute plus loin: « Dans » le cas de vie, lorsqu'il y a tumeur, si elle cesse » d'augmenter avant le désenclavement, c'est un » signe certain de la mort de l'enfant ».

1897. Si l'on se décidoit, d'après cela seul, à mutiler l'enfant, ou bien à lui ouvrir le crâne, on auroit quelquefois à se reprocher d'en avoir sacrifié de vivant. La tumeur dont il s'agit peut s'amollir à l'occasion d'une cause fort étrangère à la mort de l'enfant, et sans qu'il cesse de vivre. La flaccidité qui succède à l'élasticité dont elle jouissoit d'abord, est quelquefois l'effet de l'épanchement des fluides qui n'étoient que simplement engorgés. A ces tumeurs élastiques, succède encore assez souvent une autre espèce de tumeur sanguine par épanchement, qui est la suite de la rupture de quelques vaisseaux veineux (1). Dans les accouchemens que la mau-

(1) Nous avons observé cinq fois ces sortes de tumeurs, et dans tous ces cas, c'étoit un premier accouchement. Les tégumens du crâne s'étoient d'abord tuméfiés, et la tumeur offroit au toucher une élasticité

vaise conformation du bassin rend difficiles et longs, le toucher pratiqué inconsidérément peut favoriser ces diverses espèces de tumeurs, et sur-tout amollir celles de la première, sans qu'il se forme de collection considérable, mais seulement extravasation dans le tissu cellulaire subcutané des régions voisines.

1898. La sortie du méconium, l'irrégularité des douleurs, et leur cessation, ne sont pas des signes plus assurés de la mort de l'enfant, que la fétidité des humeurs qui découlent du vagin, et la séparation même de l'épiderme de dessus la partie qui se présente au toucher (1). Le défaut de chaleur dans le

---

bien marquée. Elle s'amollit tout-à-coup et s'accrut au point qu'elle égala, chez l'un des enfans, la moitié d'un œuf de canne coupé en travers. Les enfans dont il s'agit sont nés vivans, et sans ces épanchemens de sang à l'extérieur du crâne, ils eussent peut-être été victimes, comme bien d'autres, de l'engorgement ou de la rupture des vaisseaux du cerveau. Nous publierons nos réflexions à ce sujet dans un autre temps.

(1) Malgré les observations multipliées qui démontrent l'incertitude de ces signes, en offrant l'exemple pour ainsi dire d'autant de victimes de l'usage des crochets, on ne laisse pas que de se servir souvent de ces instrumens. Le fait suivant inspirera peut-être plus de méfiance en ces mêmes symptômes, parce qu'il n'en est pas où ils se soient réunis en plus grand nombre, et où l'on ait paru mieux fondé à recourir aux crochets. Muni du forceps que je venois d'employer avec succès à délivrer Madame D***, le 15 août 1782, sur le milieu de la nuit, une pauvre femme du voisinage implora le même secours; mais d'après le mauvais état où je la vis, et la certitude que je crus trouver de la mort de son enfant, je me déterminai à préférer les crochets, dont je remis cependant l'application à quelques heures plus tard, tant parce que je ne les avois pas sous la main, que parce que la circonstance offroit des indications plus pressantes que celle de terminer l'accouchement. Cette infortunée étoit en travail depuis deux jours entiers, les douleurs se faisoient à peine sentir encore, le ventre étoit singulièrement élevé, et aussi douloureux que tendu; il se dégageoit de la matrice à chaque instant et avec bruit, un gas d'une puanteur insupportable, et les fluides qui en découloient également n'étoient pas moins fétides. La tête de l'enfant appuyée sur le détroit supérieur, n'y paroissoit nullement engagée, et ce détroit n'offroit que trois pouces ou environ de petit diamètre. La peau du crâne étoit lâche, pendante

cordon ombilical, et sa putréfaction, joints à l'absence des pulsations artérielles, en sont des indices plus certains ; mais l'on ne peut en juger que quand ce cordon est au-dehors, ou lorsqu'il forme une anse à travers le col de la matrice.

1899. Si les symptômes énoncés, considérés séparément, ne nous offrent que des signes équivoques de la mort de l'enfant, leur réunion, ou celle de la plupart au moins, doit seule nous autoriser à employer les instrumens tranchans du genre des crochets et de perce-crâne : encore ne devons-nous leur donner la préférence sur le forceps qu'autant qu'on ne peut faire usage de celui-ci.

---

et comme en putrilage, l'épiderme et les cheveux s'en détachoient aisément et restoient au doigt. Aucun mouvement de la part de l'enfant ne s'étoit manifesté depuis plus de vingt-quatre heures. Le pouls de la femme étoit foible, mais très-accéléré ; la langue, les lèvres et les gencives étoient noires et comme rôties, tout exhaloit une puanteur cadavéreuse. Jugeant que l'enfant étoit mort, je me décidai à l'extraire avec le crochet, et je tenois déjà cet instrument à la main, lorsqu'un pressentiment heureux me porta à y substituer le forceps, que j'appliquai comme je le prescris aux §. 1807 et suivans, j'amenai un enfant vivant et bien portant, à la réserve d'une escharre gangreneuse qu'il avoit au sommet de la tête ; mais qui ne comprenoit que l'épaisseur de la peau, et qui se détacha à l'instant même. La mère déjà gravement malade, eut de longues suites de couche, et étoit à peine en convalescence un mois après. M. *de Beauchesne*, Docteur en médecine, fut témoin de cet accouchement, et donna ses soins généreusement à la femme pendant les suites.

## ARTICLE II.

*Des cas qui exigent l'usage des instrumens tranchans applicables sur l'enfant, et de la manière d'employer ces instrumens.*

### SECTION PREMIÈRE.

*De l'usage des crochets et autres instrumens de cette espèce applicables sur la tête.*

De la manière d'agir du crochet en général.

1900. Si l'on fait attention à la forme des crochets et à leur manière d'agir, on verra qu'ils ne conviennent pour extraire l'enfant, qu'autant que le rapport des dimensions de la tête avec celles du bassin est à-peu-près dans l'ordre naturel : car leur action ne sauroit tendre directement à diminuer la grosseur de cette partie, comme le forceps qui agit sur deux points de sa surface diamétralement opposés. Ce n'est donc que dans ce cas, et au défaut du forceps encore, que l'on doit s'en servir.

1901. Quand le rapport des dimensions nécessaires à l'accouchement n'existe pas, le crochet ne sert d'abord qu'à ouvrir le crâne en le déchirant, et à préparer une issue au cerveau ; ce n'est qu'à la faveur de l'affaissement qui en est une suite, qu'on parvient à extraire la tête. Mais cette manière d'agir n'est pas toujours exempte d'accident, et on peut ouvrir le crâne plus méthodiquement : nous dirons ci-après comment il faut y procéder.

Parties de l'enfant sur lesquelles on doit placer le crochet.

1902. L'usage des crochets doit être très-borné : quoiqu'ils puissent pénétrer également le tissu de toutes les parties de l'enfant, on ne doit les appliquer que sur la tête, et tout au plus sur le haut du tronc quand il a été décapité au passage, c'est-à-dire, quand on lui a arraché la tête.

Cas où il faut avoir recours au crochet.

1903. Les causes qui doivent nous engager à les employer exclusivement, sont toutes celles qui exigent qu'on termine l'accouchement sans délai, dans le temps où la tête de l'enfant mort occupe le fond du bassin, ou bien lorsqu'on ne peut, sans danger pour la mère, la déplacer et aller chercher les pieds, quoiqu'elle soit beaucoup moins engagée ; comme dans le cas où les eaux sont écoulées depuis longtemps, où la matrice est fortement contractée, tendue et douloureuse ; dans celui enfin où la tête se trouve déjà tellement amollie par la putréfaction, que le forceps ne sauroit y trouver une prise assez forte pour l'entraîner.

De l'endroit de la tête où il faut l'appliquer.

1904. Il n'est pas indifférent pour obtenir le succès qu'on se propose, d'appliquer le crochet sur tel ou tel point du crâne. En le plaçant sur le rebord supérieur de l'orbite, ou sur l'apophyse pierreuse du temporal, comme l'ont fait la plupart des Praticiens, soit anciens ou modernes, la tête ne peut avancer qu'en présentant son plus grand diamètre de front, et en se renversant sur le dos, ou sur l'une des épaules de l'enfant ; ce qui fait, le plus souvent, qu'on ne peut l'extraire sans la démembrer et donner issue au cerveau, même quand elle est d'un volume médiocre relativement à la capacité du bassin. C'est sur l'occiput qu'il faut implanter le crochet quand la tête vient la première ; et sur la mâchoire supérieure ou sur le front, lorsque nous sommes obligés de l'employer dans les accouchemens contre nature, après la sortie du tronc. En agissant de cette manière, on fera descendre la tête en offrant une de ses extrémités, et elle ne présentera dans tous les temps de sa sortie que ses plus petits diamètres. Il faut avoir égard de plus à la direction particulière qu'elle doit suivre, dans chaque position où elle peut se présenter, pour traverser le bassin avec le moins de difficulté possible.

Précautions qu'il faut

1905. Comme les parties de la femme doivent

être à couvert des atteintes de la pointe du crochet, dans tous les instans de l'opération, on la dirigera du bout de quelques doigts, pour l'appliquer; et on placera le pouce au-dessous du lieu où elle sera implantée, pour la recevoir, en cas qu'elle vienne à s'en dégager dans les efforts qu'on fera pour entraîner la tête. L'Accoucheur prendra d'ailleurs, dans ce dernier moment, les précautions nécessaires pour ne pas se blesser les doigts. Le crochet à gaine, inventé par M. *Levret*, n'avoit d'autre avantage que celui d'épargner ces derniers soins à l'opérateur, et d'empêcher que la pointe, en se dégageant inopinément, ne déchire le col de la matrice ou d'autres parties: mais il étoit bien moins commode que le crochet simple. avoir en opérant.

1906. Il arrive souvent que les Chirurgiens de la campagne, et les Sages-femmes même, substituent au crochet des Accoucheurs, une sorte de crochet destiné à des usages domestiques; comme celui qui suspend, en quelque lieu la lampe du paysan, etc., ce qui en rend l'application bien plus difficile, et bien moins sûre pour la femme. Nous leur ferons connoître ici un instrument qu'ils pourront se procurer par-tout, et qu'ils trouveront, au besoin, sous la main, dans la chaumière de l'indigent, comme dans l'habitation du riche. Il est composé d'un cylindre de bois, de la grosseur du petit doigt, long de deux pouces et arrondi à ses extrémités, au milieu duquel on attache un ruban de fil de l'étendue d'une aune au moins. On ouvre le crâne de l'enfant avec la pointe des ciseaux, ou d'un couteau ordinaire; on y introduit en entier le petit cylindre de bois, qui se place en travers sur l'ouverture, et l'on tire sur les deux chefs du ruban (1).

(1) Cet instrument agit à la manière du tire-tête à bascule, très-connu des Accoucheurs, et ne sauroit avoir les mêmes inconvéniens que le crochet dont nous venons de parler, en des mains peu exercées.

Des cas où il faut ouvrir le crâne de l'enfant.

1907. Le défaut de rapport de dimensions, entre la tête de l'enfant et le bassin de la mère, qui exige qu'on ait recours aux instrumens de l'espèce des crochets, est bien différent de celui qui ne dépend que de la mauvaise situation de la tête même et qu'on peut faire cesser en changeant sa direction; il est tel que les dimensions du crâne surpassent en longueur et dans toutes les directions possibles celles du détroit qu'il ne peut franchir. Ce défaut de rapport peut dépendre de ce que les dimensions du bassin sont plus petites que dans l'état naturel, ou celles de la tête beaucoup plus grandes : quelquefois aussi ces deux défauts se rencontrent en même temps.

1908. Il est rare que les diamètres de la tête surpassent les dimensions naturelles du bassin, à moins que l'enfant ne soit hydrocéphale ; mais il arrive souvent que les dimensions du bassin vicié sont inférieures à celles dont la tête jouit ordinairement : ce qui constitue deux états bien différens, quoique présentant à-peu-près les mêmes indications relativement à l'accouchement.

De l'hydrocéphale.

1909. Toutes les personnes de l'art savent qu'on donne le nom d'hydrocéphale à la collection d'eau qui se forme dans l'intérieur du crâne, et quelquefois aussi à une espèce d'anasarque qui se borne à la surface de la tête, quoiqu'elle ne soit pas une véritable hydropisie. Nous ne parlerons que de la première espèce (1), et nous le ferons sans avoir

---

C'est à M. *Danavia*, Chirurgien-Accoucheur à Surinam, que nous en devons l'idée.

(1) Nous n'ignorons pas qu'il s'est trouvé sur la tête des tumeurs aqueuses assez considérables pour apporter de grands obstacles à l'accouchement, et qu'il a fallu les ouvrir pour opérer l'extraction de l'enfant, ou mettre la femme dans le cas de s'en délivrer par ses propres forces. Mais une ponction suffit en pareilles circonstances, soit qu'on la fasse au moyen du trocar, ou de tout autre instrument propre à cet usage, comme les ciseaux ordinaires, la pointe d'un couteau, etc. Les bor-

égard à la distinction qu'en ont faite quelques Auteurs, c'est-à-dire sans déterminer le véritable siége de l'épanchement ; ne considérant cette maladie que relativement aux obstacles qu'elle peut mettre à l'accouchement.

De ses effets relativement à l'accouchement.

1910. Tous les enfans affectés d'hydrocéphale ne sont pas dans l'impossibilité de naître naturellement ; parce que l'épanchement n'est pas toujours assez considérable pour s'y opposer. Souvent l'accouchement n'en devient qu'un peu plus long et plus pénible ; la tête, qui ne contient que peu d'eau, étant assez souple, s'accommode insensiblement à la filière que lui offre le bassin quoique bien conformé, et le traverse enfin. Mais il n'en est pas de même quand la collection est telle qu'elle écarte les parois du crâne et en augmente le volume au point que la tête égale ou surpasse la grosseur de celle d'un adulte : l'accouchement est alors impossible sans les secours de l'art.

Signes de l'hydrocéphale.

1911. Il est facile de reconnoître cette maladie à l'état des sutures et des fontanelles ; car celles-ci surpassent quelquefois la largeur du creux de la main, et celles-là l'étendue d'un travers de doigt et même de deux. Les os du crâne sont en outre beaucoup plus minces et plus souples que dans l'état naturel, sur-tout vers leurs bords. La tête qui est molle, se durcit pendant la douleur, comme le fait la poche des eaux avant qu'elle ne soit ouverte, et se détend après cet instant. Ces signes sont tellement apparens au toucher, qu'ils ne peuvent être méconnus, même des jeunes Praticiens.

Indication que présente l'hydrocéphale, eu égard à l'accouchement.

1912. L'hydropisie du crâne portée au point d'en augmenter ainsi le volume (1), est une maladie si

---

nes de ce volume ne nous permettent pas d'en rapporter des exemples, qui pourroient paroître intéressans.

(1) Dans un cas de cette espèce, quatre pintes d'eau, mesure de Paris, versées dans le crâne de l'enfant, ne le remplissoient encore que médiocrement.

dangereuse pour l'enfant, qu'aucun Praticien, je pense, ne proposera l'opération césarienne pour le retirer vivant du sein de sa mère; car ce seroit trop exposer celle-ci, pour un enfant qu'elle auroit la douleur de voir expirer au moment de sa naissance, ou peu de temps après. Il vaut bien mieux donner issue aux eaux, en plongeant la pointe des ciseaux, celle d'un bistouri, d'un trocar, ou d'un couteau ordinaire, dans le trajet d'une suture, ou sur une fontanelle. Souvent cette ponction suffit pour mettre la femme dans le cas d'accoucher seule, comme le prouve le fait suivant.

Observation. 1913. Une infortunée qui depuis deux jours se livroit vainement aux efforts de l'accouchement, accusant sa Sage-femme d'ignorance, en fit appeler une autre, de qui elle reçut en effet des secours plus efficaces. Celle-ci trouvant à l'orifice de la matrice une tumeur flasque, et qui se durcissoit pendant la douleur, se persuada que les membranes étoient encore entières, que la femme en travail n'avoit rendu que de fausses eaux, et essaya, mais inutilement, d'ouvrir cette poche avec le doigt; après quoi elle y plongea la pointe de ses ciseaux, et donna issue à ce moyen aux eaux qu'elle regardoit comme celles de l'amnios. La tête de l'enfant commença dès-lors à s'engager, mais sous une forme extraordinaire, qui déconcerta cette seconde Sage-femme, et lui fit demander un Accoucheur. Celui-ci n'eut qu'à dissuader les parens de l'enfant de l'idée affligeante qu'ils éprouvoient d'avoir, disoient-ils, engendré un monstre; la femme n'étant accouchée que d'un enfant hydrocéphale, dont je conserve le squelette.

1914. L'enfant hydrocéphale ne présente pas toujours la tête, et, à moins qu'elle ne se trouve dans le voisinage de l'orifice, quelquefois on est obligé de le retourner et de l'amener par les pieds. Ce n'est alors qu'après la sortie du tronc qu'on reconnoît la maladie, ou du moins que le volume de la

tête,

tête, augmenté par les eaux, met obstacle à l'accouchement: car les choses se passent à l'ordinaire, jusqu'à ce qu'elle soit descendue sur le détroit supérieur. Quand elle ne peut le franchir, il convient de l'ouvrir comme dans le premier cas: mais on le fait alors en plongeant l'instrument vers les fontanelles qui sont au bas de la suture lambdoïde, ou dans le trou occipital même, derrière la première vertèbre cervicale (1).

1915. Une simple ponction au crâne, dans le cas d'hydrocéphale, suffit pour évacuer les eaux, et ramener la tête au volume qui convient à sa sortie: mais il n'en est pas de même quand le défaut de proportion qui s'oppose à l'accouchement, dépend de la mauvaise conformation du bassin. Indépendamment de ce qu'une semblable ponction ne sauroit préparer une issue au cerveau, c'est qu'une tête solide et bien constituée ne peut s'affaiser sur elle-même comme celle qui est hydrocéphale. Si l'indication qui naît du défaut d'amplitude du bassin dans l'un de ces cas, est la même que dans celui où le volume accidentel de la tête rend l'accouchement impossible; si cette indication consiste également à diminuer la grosseur de la tête, on doit y procéder bien différemment. Toutes espèces d'instrumens, pourvu qu'ils soient aigus, conviennent pour ouvrir le crâne dans le cas d'hydrocéphale, et il faut d'ailleurs peu de dextérité pour s'en bien servir: mais on en a imaginé un grand nombre, soit pour démembrer la tête, soit pour l'extraire, dans l'autre cas; et leur application exige beaucoup de soin.

---

(1) Dans un cas de cette espèce, mais qu'on ignoroit encore à l'instant où l'on se permit de faire les premiers efforts pour extraire la tête, après l'abaissement des bras, l'eau épanchée dans le crâne s'infiltra dans toute l'habitude du corps avec une promptitude remarquable. Plus de quarante élèves, témoins de ce fait, observèrent, comme nous, les progrès rapides de cette infiltration, qui commença par le

1916. La plupart de ces instrumens, connus sous le nom de tire-tête, tel que celui de *Mauriceau*, celui de M. *Levret*, soit à bascule ou à trois branches (1), le tire-tête à double croix d'un Chirurgien de Toulouse, etc. etc. ne pouvant diminuer suffisamment le volume de la tête, ne conviennent pas mieux que le crochet ordinaire „ dans le cas ou le bassin est très-difforme. Le crochet est même préférable; mais l'on ne doit s'en servir qu'après avoir préliminairement satisfait à l'indication que présente le vice du bassin,' c'est-à-dire, qu'on n'ait ouvert le crâne pour le vider et donner lieu à son affaissement (2). Bien des Praticiens l'emploient cependant pour préparer cette issue au cerveau, quoiqu'il n'agisse qu'en déchirant les os, de sorte qu'il en résulte des pointes et des aspérités qui peuvent nuire autant aux doigts de l'Accoucheur qu'aux parties de la femme. L'on peut se conduire différemment et d'une manière plus sûre.

1917. *Mauriceau* se servoit d'une espèce de lance pour ouvrir le crâne de l'enfant; *Smellie* proposoit des ciseaux fort longs, dont le tranchant étoit du côté qui forme le dos des ciseaux ordinaires; et *Deventer* préféroit un couteau de table, dont il entouroit la lame, dans presque toute sa longueur, d'une bandelette de linge fin. Le choix d'un instrument propre à cet effet n'est pas difficile. Lorsqu'on ne peut se procurer le perce-crâne de *Smellie*, si l'instrument qu'on trouve sous la main est très-pointu et bien tranchant, outre la bandelette dont l'entouroit

---

col, et s'étendit jusqu'aux pieds. L'enfant étoit mort, le crâne pouvoit admettre une pinte de fluide, mesure de Paris.

(1) La mécanique de cet instrument est assez simple, mais il est inutile, quoique très-ingénieux. M. *Alphonse-le-Roy* ne le connoissoit sûrement pas, lorsqu'il a publié que l'énorme complication de cette machine en faisoit tout le merveilleux.

(2) L'on ne sauroit trop répéter que la mort seule de l'enfant peut autoriser à suivre ce parti.

*Deventer*, il faut adapter à sa pointe une petite boule de cire, pour l'introduire plus sûrement et sans se blesser, jusque sur la tête de l'enfant.

Du lieu où il faut ouvrir le crâne, et de la manière de le faire.

1918. Autant qu'il est possible, il faut ouvrir le crâne dans l'endroit des sutures, et sur-tout de la sagittale. Une incision cruciale ou angulaire, favoriseroit plus sûrement l'affaissement des pièces osseuses qui forment cette cavité, qu'une simple incision, et seroit par conséquent préférable. La tête n'est jamais disposée plus favorablement pour cette opération, que quand elle présente le sommet ; et l'opération est d'autant plus facile, qu'elle est plus engagée et plus serrée entre les os du bassin.

1919. On dirige l'instrument à la faveur de quelques doigts qu'on a préliminairement conduits dans le vagin ; on le plonge dans le crâne, après en avoir détaché la petite boule de cire au moyen de l'extrémité de l'un de ces mêmes doigts ; et on incise ensuite dans une étendue convenable, en tirant et poussant alternativement de la main qui en tient le manche, comme si l'on scioit, sans dégager entièrement à chaque trait la pointe de l'instrument de l'intérieur du crâne. On prend d'ailleurs les précautions nécessaires pour ne pas se blesser, de même que pour préserver les parties de la femme du tranchant (1). Le crâne étant suffisamment ouvert, on en retire l'instrument et l'on y plonge plusieurs doigts pour évacuer le cerveau. On presse ensuite la tête, de la même main, pour l'affaisser, et on l'entraîne, soit avec les doigts recourbés en dedans, ou le crochet appliqué sur l'occiput.

Du lieu où il faut ouvrir le crâne quand l'enfant vient par les pieds.

1920. Si on avoit entrepris d'amener l'enfant par les pieds, dans le cas où le bassin n'a pas assez de largeur pour le passage de la tête, il faudroit ou-

(1) Un instrument qui pourroit, comme les ciseaux de *Smellie*, faire cette incision d'un seul trait, seroit sans contredit plus recommandable que tout autre.

vrir le crâne avec le même soin. Mais comme l'on ne peut alors porter l'instrument dans le trajet de la suture sagittale, on doit inciser au milieu du front et sur l'une des branches de la suture coronale, ou dans la direction de la suture lambdoïde, pour faire une section angulaire. Au moyen de cette section, on abaisse et on renverse aisément le sommet de l'occipital ou de l'une des deux parties du coronal, ou bien on les enfonce en-dedans, pour préparer une issue plus libre au cerveau. En se conduisant ainsi, on s'épargne beaucoup de difficultés, et on prévient souvent la détroncation de l'enfant.

1921. Toutes les fois qu'on a vidé le crâne de l'enfant, il est à propos de faire des injections d'eau tiède dans la matrice, après avoir délivré la femme, pour entraîner les débris du cerveau qui pourroient être retenus dans ce viscère, ou dans le vagin : mais elles ne sont nécessaires que dans le premier moment.

## SECTION II.

*De la rétention de la tête de l'enfant dans le sein de la femme après l'arrachement du tronc, et de la manière de l'extraire.*

De l'arrachement du tronc.

1922. Il arrive quelquefois dans les accouchemens contre nature où l'enfant vient par les pieds, qu'on arrache ou qu'on sépare le tronc d'avec la tête, et que celle-ci reste dans le sein de la femme. Si l'homme instruit peut toujours s'épargner le désagrément d'un pareil événement, il ne peut également se flatter de ne jamais être appelé après que d'autres auront exercé de semblables manœuvres, et auront donné lieu à cette détroncation.

Moyens de prévenir cet accident.

1923. On prévient l'arrachement du tronc de l'enfant, soit en dirigeant sa tête convenablement, soit en appliquant le forceps, ou en ouvrant le crâne pour donner lieu à son affaissement ; cet accident

étant toujours la suite de l'omission de l'une ou de plusieurs de ces trois choses.

1924. La mauvaise conformation du bassin n'est pas, aussi souvent qu'on se le persuade, la cause éloignée de cet accident. La tête de l'enfant peut s'arrêter à l'un ou à l'autre détroit, quoique ceux-ci soient assez larges pour lui donner passage si elle étoit bien dirigée. L'observation a mille fois prêté son appui à cette vérité ; puisqu'en bien des cas il n'a fallu que déplacer la tête séparée du tronc pour procurer à la femme l'avantage de s'en délivrer seule, ou d'en être délivrée sans autre secours que celui de la main. Quoique dirigée convenablement, la tête n'est cependant pas constamment à l'abri d'être séparée du tronc, si l'Accoucheur ne connoît d'autres règles pour l'entraîner que celles de tirer sur celui-ci. Quelquefois ses dimensions surpassent tellement celles du bassin, qu'elle ne peut en aucune manière le traverser, sur-tout si les os sont déjà assez solides et les sutures assez serrées, pour qu'elle ne puisse s'affaisser et se mouler en quelque sorte à cette espèce de filière. Causes qui peuvent y donner lieu.

1925. La putréfaction excessive de l'enfant est encore une des causes prédisposantes à sa détroncation, pour peu que le bassin de la mère soit resserré ; mais dans tous les cas, ce sont les efforts que l'Accoucheur exerce inconsidérément sur le tronc sorti, qui en sont les causes immédiates ou efficientes.

1926. Tous les Praticiens n'ont pas considéré cet événement sous le même point de vue curatif ; les uns ayant pensé qu'on ne pouvoit trop promptement extraire la tête, et les autres conseillant d'en abandonner l'expulsion aux efforts de la nature : mais l'erreur paroît avoir été le partage de ceux-ci et de ceux-là. La conduite qu'il faut tenir doit être différente selon la nature des circonstances. Il n'y auroit pas moins d'inconvéniens à commettre l'expulsion de la tête aux soins de la nature indistinctement dans

tous les cas, s'il en est où on doive le faire, qu'à procéder sans délai à son extraction. A combien d'écueils, par exemple, n'exposeroit-on pas la femme, en abandonnant ainsi l'expulsion d'une tête enclavée et fixée selon sa longueur dans le détroit supérieur; et bien plus encore celle dont le volume surpasse tellement la largeur de ce détroit, qu'elle n'a pu s'y engager quoique dirigée de la manière la plus favorable, et tirée par des forces suffisantes pour en séparer le tronc? Comment la nature pourra-t-elle se délivrer de ce corps étranger, chez une femme excédée de lassitude et épuisée par les efforts qui ont précédé la détroncation de l'enfant? Nous connoissons les ressources de la nature, diront sans doute les partisans de l'opinion que nous combattons; la putréfaction viendra à son secours; elle emploiera ce moyen pour relâcher l'union des os du crâne, pour la détruire même et les séparer; après quoi elle s'en délivrera en détail, comme on l'a observé chez plusieurs femmes, si la tête affaissée ou amollie, ne peut encore traverser le bassin. Mais il seroit absurde de prendre ces exemples pour règles dans le cas dont il s'agit: car pour une femme qui a échappé à tous les dangers qui naissent de la putréfaction et du long séjour de la tête, et dont on a eu le soin de nous transmettre l'histoire, un grand nombre d'autres, victimes de l'ignorance ou de la credulité des personnes en qui elles avoient placé leur confiance, ont été ensévelies avec les tristes débris de leurs enfans.

Cas où la nature a des ressources suffisantes.

1927. Il seroit permis, tout au plus, d'abandonner l'expulsion de la tête aux efforts de la nature dans le cas où ses dimensions sont assez inférieures à celles du bassin pour qu'elle le traverse aisément; si on pouvoit en avoir la certitude. Mais comme l'on ne peut connoître ce rapport favorable qu'en portant une main dans le sein de la femme, si ce n'est à l'occasion d un accouchement au terme de sept à huit

mois chez celle dont le bassin est bien conformé, pourquoi ne la délivreroit-on pas de ce corps étranger, puisqu'on peut alors le faire avec la main seule et sans beaucoup de difficulté ? La nature trouve bien plus d'obstacle à expulser une tête séparée du tronc, toutes choses étant d'ailleurs égales, qu'à se délivrer de celle qui y est encore attachée ; parce que, roulant en quelque sorte sur l'entrée du bassin, elle prend une situation différente selon l'espèce de frottement qu'elle éprouve, et bien rarement celle qui seroit la plus favorable à sa sortie. L'on ne devroit donc pas se dispenser d'introduire une main dans le sein de la femme, soit pour s'assurer du volume de la tête qui y est retenue, soit pour la diriger convenablement dans les différens temps de sa sortie, si on l'abandonnoit aux efforts de la nature. Nous sommes en outre dans l'opinion qu'il faut constamment épargner à la femme ce travail douloureux, souvent fort long, et quelquefois dangereux ; et qu'on doit extraire la tête.

1928. Quand son volume n'excède pas l'étendue des ouvertures du bassin, sa séparation du tronc n'ayant d'autres causes que les efforts mal dirigés qu'on a exercé sur celui-ci, la main suffit pour en faire l'extraction. On examine d'abord si la plus grande longueur du crâne est placée selon le plus grand diamètre du détroit supérieur, et on la dirige ainsi quand ce rapport n'existe pas. On l'accroche ensuite au moyen de deux doigts qu'on insinue dans la bouche, et du pouce placé au-dessous du menton, ou sur la partie postérieure du col dont il reste presque toujours une portion. On tire à soi et selon l'axe du bassin, jusqu'à ce que la tête ait franchi le détroit supérieur, pendant que la femme pousse fortement en en-bas. Quand elle est descendue dans l'excavation du bassin, on tourne la face en-dessous, et l'on continue de tirer sur la mâchoire inférieure, mais en relevant un peu la main pour amener le menton à la

De la manière d'opérer dans ce cas.

vulve, et la dégager entièrement. Si la mâchoire inférieure avoit été arrachée, il faudroit se servir d'un crochet, qu'on implanteroit alors sur le haut du front. *Voyez* §. 1904.

Des cas qui sont du ressort de l'art.

1929. Si la nature trouve encore quelque ressource en elle; si elle peut, à la rigueur, se délivrer seule dans le cas dont nous venons de parler, il n'en est pas de même dans celui où il existe un défaut de proportion considérable entre les dimensions de la tête et celles du bassin. La femme n'a véritablement de ressources certaines alors, que dans les secours de l'art et l'application des instrumens. On l'exposeroit à une mort presque inévitable, si on abandonnoit l'expulsion de la tête aux soins de la nature; puisqu'elle ne peut s'en délivrer que par l'effet de la putréfaction, et que celle-ci est une source féconde d'accidens. Ce cas est donc évidemment du ressort de l'art, il nous offre les mêmes indications que si la tête étoit encore attachée au tronc, mais il est plus difficile d'y satisfaire.

Moyens dont on a tenté l'application dans tous ces cas.

1930. Diverses sortes d'instrumens ont été proposés pour extraire la tête de l'enfant après l'arrachement du tronc, et l'on s'est à peine occupé des moyens de prévenir cette détroncation : ce qui auroit été cependant bien plus facile. Les uns ont conseillé l'usage des crochets, et d'autres celui du lacs appliqué sur la mâchoire inférieure. Ceux-ci ont inventé des tire-tête particuliers, des espèces de bourses ou de frondes; et ceux-là n'ont recommandé que l'application du forceps. Si ces divers moyens ont réussi quelquefois, le défaut de proportion qui existoit entre les dimensions du bassin et celles de la tête, étoit sans doute de bien peu de chose; puisqu'aucun d'eux, si ce n'est le forceps, ne tend directement à diminuer la grosseur de cette dernière. L'affaissement que produit le forceps est d'ailleurs, comme on le sait, très-borné et l'application, dans le cas dont il s'agit, en est si difficile, qu'on doit craindre de le porter vingt

fois inutilement avant de saisir la tête comme il convient ; à moins qu'elle ne soit déjà dans l'excavation du bassin. Nous ne le croyons recommandable qu'autant que la tête est parvenue dans ce lieu, ou qu'elle est fortement engagée selon sa longueur, et que ses dimensions surpassent de peu de chose celles des détroits. Il est absolument nécessaire d'ouvrir le crâne et d'en évacuer le cerveau quand elle est entièrement au-dessus du bassin, si son volume, relativement à cette cavité, est tel qu'elle ne peut s'y engager.

1931. Quelques Praticiens, d'après *Celse*, ont prescrit de faire comprimer le ventre de la femme pour fixer la tête sur l'entrée du bassin, pendant qu'on ouvriroit le crâne ; et d'autres ont conseillé, dans les mêmes vues, d'appliquer un lacs sur la mâchoire inférieure, ou de placer un crochet sur toute autre partie. Ces derniers instrumens nous paroissent inutiles, et la compression du ventre dangereuse. L'Accoucheur peut y suppléer parfaitement, de la main, qu'il introduira dans la matrice pour diriger les instrumens destinés à ouvrir le crâne. Il commencera d'abord par amener le sommet de la tête au détroit supérieur, dans une situation transversale, et il la fixera dans cet état en recourbant les doigts au-dessus de la base du crâne. Il conduira ensuite le long du pouce l'instrument qu'il tiendra de l'autre main, et en dirigera la pointe, armée d'une petite boule de cire, sur le trajet de la suture où elle doit pénétrer, pour ouvrir la tête, comme il est dit au §. 1919. Après en avoir retiré cet instrument, on plongera plusieurs doigts dans le crâne pour en faire sortir le cerveau, et l'on affaissera cette boîte osseuse, pour l'entraîner de la même main ; ou bien, à son défaut, au moyen d'un crochet placé convenablement sur l'occiput ou sur le front.

De la manière d'ouvrir et d'extraire la tête séparée du tronc.

1932. Si cette opération est absolument nécessaire dans le cas où la grosseur de la tête est telle, que ses

dimensions surpassent de beaucoup celles du bassin; et s'il est plus à propos dans tous les autres, d'extraire la tête, que de confier à la nature le soin de s'en délivrer, souvent l'on est obligé de temporiser et de satisfaire préalablement aux indications pressantes que nous offre l'état inflammatoire de la matrice, celui de son col, etc. etc.

## SECTION III.

*Du décollement de l'enfant, ou de la séparation de la tête d'avec le tronc; et de plusieurs autres cas qui exigent l'emploi de quelques instrumens tranchans sur le tronc même.*

De la séparation de la tête d'avec le tronc.

1933. Si le tronc peut se séparer de la tête dans les accouchemens contre nature où l'on amène l'enfant par les pieds, on peut de même, dans ceux où la tête se présente la première, la séparer du tronc et laisser ce dernier dans le sein de la femme. L'oubli de quelques-uns des principes fondamentaux de l'art, la putréfaction de l'enfant, et le volume surnaturel du tronc, soit qu'il provienne de sa conformation monstrueuse ou d'un épanchement considérable d'eau dans l'une de ses capacités, sont autant de causes qui disposent à cet accident.

1934. Il est toujours bien plus facile d'extraire le tronc après l'arrachement de la tête, que de délivrer la femme de celle-ci quand le tronc en a été arraché. Quelquefois il suffit de changer la direction des épaules, pour l'entraîner facilement, soit au moyen des lacs ou des crochets mousses placés sous les aisselles, ou bien à la faveur d'un crochet ordinaire implanté sur le haut de la poitrine ou du dos : il paroît que M. *Levret* n'avoit d'abord proposé son crochet à gaine que pour ce cas. Quand les épaules sont encore au-dessus du détroit supérieur, on peut dégager les bras de l'enfant et appliquer des lacs sur

les poignets, dans les vues de tirer d'une main pour extraire le tronc, pendant que de l'autre, introduite dans le vagin, on maintiendra la portion du col, s'il en reste assez, dans la direction de ces mêmes extrémités. Quelquefois au lieu de dégager les bras, il vaudroit mieux retourner le tronc et l'extraire par les pieds.

1935. Lorsque la poitrine ou le bas-ventre contient assez d'eau pour rendre ces premiers efforts de l'art infructueux, il faut donner issue au fluide épanché, en ouvrant la cavité qui le renferme, soit au moyen d'un crochet ou de tout autre instrument propre à cet effet. Il faut au contraire démembrer le tronc quand sa conformation monstrueuse s'oppose à sa sortie, comme on le remarquera aux §§. suivans.

1936. L'Hydropisie de poitrine est excessivement rare chez le fœtus, de même que celle du bas-ventre portée au point de rendre l'accouchement impossible sans les secours de l'art; et elle ne trouble presque jamais l'ordre naturel de cette fonction.

1937. Il est extrêmement difficile de s'assurer de l'existence de cette maladie, quand l'enfant vient en présentant la tête. Si l'on est en droit de présumer qu'il est hydropique, lorsque cette partie, quoique d'un volume médiocre, cesse d'avancer malgré l'intensité des efforts de la femme, on ne le reconnoît évidemment qu'en introduisant la main jusque sur le siége de l'épanchement; ce qui n'est pas aisé, parce que la tête, qui remplit alors le passage, s'oppose fortement à ces recherches. Mais il n'en est pas de même quand l'enfant présente les pieds; comme ils sont à peine sortis lorsque les difficultés se manifestent, on peut insinuer facilement la main le long des cuisses pour juger de la nature de l'obstacle. L'Hydropisie se reconnoît au volume, à la tension du ventre, et sur-tout à la fluctuation. *Des moyens de s'assurer de l'existence d'une hydropisie.*

1938. Etant bien reconnue, l'indication relative à l'accouchement n'est pas difficile à saisir : il faut *Indications que présente l'hydro-*

psie de l'enfant. donner issue aux eaux, en ouvrant le bas-ventre ou la poitrine. Le pharingotome, des ciseaux fort alongés, la pointe du crochet, un couteau ordinaire, et sur-tout celui que quelques-uns ont proposé pour ouvrir le crâne, sont également propres à remplir les vues de l'Accoucheur. M. *Levret* préféroit de déchirer les tégumens avec le doigt, à l'endroit de l'anneau ombilical : mais on réussit bien plus difficilement par ce procédé, qu'au moyen des instrumens indiqués.

1939. Une très-petite incision suffit, et l'on ne doit en faire une plus grande, qu'autant qu'on a la certitude de la mort de l'enfant. Le lieu où on doit la faire est indifférent dans ce dernier cas, et ce n'est que quand l'enfant est vivant, qu'on doit préférer celui d'élection pour la paracenthèse ordinaire. Après avoir ouvert le ventre, on place deux doigts écartés sur les côtés de l'incision, pour le comprimer un peu et favoriser l'écoulement des eaux qui pourroient encore, sans cette précaution, trouver quelques obstacles à leur issue; parce que les parties voisines de la femme, contre lesquelles s'applique immédiatement la surface de l'enfant, peuvent boucher l'ouverture.

Des monstruosités de l'enfant.

1940. Les vices de conformation que l'enfant peut offrir en naissant, sont en grand nombre : mais ils ne méritent pas tous également le nom de monstruosités, et n'apportent pas les mêmes obstacles à l'accouchement. Ceux qui consistent dans le défaut de certaines parties essentielles, comme la tête ou les extrémités, semblent plutôt devoir les favoriser que le rendre plus difficile : mais il n'en est pas ainsi des conformations extraordinaires où l'on remarque plusieurs têtes entées sur un même tronc; deux troncs attachés à la même tête; ou dans lesquelles les jumeaux sont unis, soit par les tégumens seulement, soit par d'autres parties, de sorte qu'ils paroissent

ne former qu'un tout : comme il s'en est rencontré assez fréquemment.

1941. Il n'est pas de notre objet de rechercher la cause de ces phénomènes surprenans, nous laisserons aux Physiciens plus éclairés que nous, à décider s'ils dépendent du trouble de l'imagination de la mère, ou s'ils proviennent de toute autre cause, pour nous occuper de ce qu'ils présentent de relatif à l'accouchement.

Ressources de la nature en pareil cas.

1942. L'exemple de quelques accouchemens qui se sont opérés par les seuls efforts de la nature, malgré une conformation aussi singulière et aussi monstrueuse (1), loin de nous éclairer sur les règles qu'il faudroit suivre en pareil cas, ne fait que jeter plus d'incertitude sur le parti que nous devons prendre : ce sont des circonstances où l'ignorant semble triompher, tandis que l'homme instruit n'ose rien proposer. Si l'observation nous apprend que des femmes se sont trouvées assez heureusement constituées pour se délivrer seules d'un enfant qui avoit deux têtes ou deux troncs, elle nous apprend également que les secours de l'art deviennent aussi quelquefois nécessaires (2).

(1) En 1763, une femme de la ville d'Amiens acconcha très-naturellement et sans antre secours que ceux d'une Sage-femme voisine, d'un enfant vivant qui avoit deux têtes, daux troncs, et six ou sept extrémités tant supérieures qu'inférieures. Chaque tête étoit à-peu-près d'un volume naturel, et le corps du second enfant paroissoit assis sur le bras gauche du premier. Nous ferons remarquer en faveur de l'opinion de ceux qui attribuent ces effets à la force de l'imagination de la mère, que cette femme avoit passé presque tout le temps de sa grossesse aux pieds d'une Vierge située dans un des cimetières de la ville, sacrifiant toutes ses affaires domestiques à l'amour qu'elle avoit conçue pour cette statue, en devenant grosse. Trois autres enfans d'une conformation assez semblable, sont nés tous aussi naturellement dans le temps où nous nous occupions de la première édition de cet Ouvrage; l'un à Paris, l'autre dans un village voisin, et le troisième en Bretagne.

(2) Quelques papiers publics ont fait mention, dans le temps où l'on s'occupoit le plus de la section du pubis, d'une opération césa-

Des moyens de reconnoître ces monstruosités, avant la sortie de l'enfant.

1943. L'on ne peut reconnoître ces sortes de monstruosités qu'en portant une main dans la matrice ; encore doit-il être difficile de distinguer au juste ce qu'elles sont, par rapport à la manière dont l'enfant est replié sur lui-même, et à la confusion dans laquelle tous ses membres se présentent aux doigts.

1944. Il est imposible que les deux têtes d'un enfant ainsi conformé s'engagent en même temps, quand elles se présentent en premier lieu ; soit que l'accouchement s'opère naturellement ou non, l'une d'elles se renverse toujours sur le tronc, tandis que l'autre descend. La même chose arrive à l'égard des extrémités inférieures lorsqu'on amène l'enfant par les pieds, à moins qu'on n'ait eu le soin de les dégager toutes : mais l'on ne peut empêcher les deux têtes, dans cette dernière circonstance, de se présenter et de s'engager ensemble ; ce qui doit rendre leur sortie extrêmement difficile. Dans tous les cas, le bassin de la mère doit être excessivement grand, pour qu'elle puisse accoucher par la voie naturelle, sans qu'on mutile l'enfant.

Indications que présentent ces sortes de monstruosites.

1945. Il seroit bien essentiel qu'on pût distinguer de bonne heure les cas de cette espèce où la nature peut se passer des secours de l'art, de ceux où ces mêmes secours sont indispensables ; afin de ne pas l'exposer à de vains efforts dans ces derniers, et de la laisser agir dans les autres. Mais il n'est pas moins difficile de reconnoître alors les bornes de son pouvoir, que de fixer le choix de la méthode qu'il convient d'employer quand elle ne peut opérer l'accouchement.

1946. Quand on réfléchit sur la difficuté de dé-

---

tienne pratiquée récemment alors et avec succès, par M. *Zimmermann*, Chirurgien-Major du régiment de Sterburi, pour délivrer la Comtesse de Chercy d'un enfant qui avoit trois têtes. Nous ne garantissons pas la vérité de ce fait.

membrer dans le sein de la femme, un enfant aussi mal conformé et aussi monstrueux que ceux dont il s'agit, indépendamment du danger qui peut en résulter pour la femme même, l'on est fort en peine de décider si une pareille conduite est préférable à l'opération césarienne. Est-il permis d'ailleurs de suivre ce parti quand l'enfant est vivant ? pour être monstrueusement conformé, n'a-t-il aucun droit à la vie ? et les loix nous autorisent-elles à l'en priver, pour épargner à sa mère une opération qui ne nous paroît, pour elle, ni plus douloureuse, ni plus dangereuse que celle par laquelle on prétendroit mettre ses jours à couvert? Si nous connoissions l'histoire de toutes les femmes qui ont subi l'opération césarienne, et de celles dont on a démembré les enfans avec les crochets ou autres instrumens de cette espèce, peut-être y remarquerions-nous que la mort, dans un pareil nombre, en a moins épargné de ces dernières que des autres. Mais chacun n'a compté que ses succès, et paroît avoir jeté le voile sur le reste.

1947. Si l'on avoit quelque certitude de la mort de l'enfant ainsi conformé, et si l'on entrevoyoit clairement la possibilité d'en séparer les parties excédentes sans nuire à la mère, il faudroit néanmoins préférer cette ressource à l'opération césarienne. Il faudroit encore y avoir recours, si deux jumeaux, quoique vivans, n'étoient unis que par une portion de leurs tégumens : à moins que ce ne fût par le haut de la tête seulement, comme on en voit dans les tables d'*Ambroise Paré*; parce qu'on peut alors les extraire du sein de leur mère, sans les séparer, et pratiquer plus sûrement cette opération après leur naissance.

1948. On doit compter parmi les monstruosités de l'enfant, relativement à l'accouchement, les tumeurs volumineuses qu'il apporte quelquefois en naissant. J'en ai vu une dont les dimensions surpassoient de beaucoup celles de la tête du fœtus à terme, ayant Observation.

cinq pouces de longueur, et quatre pouces d'épaisseur en tout sens. Elle étoit placée au bas du tronc, et pendoit entre les cuisses. Sa nature étoit fongueuse et stéatomateuse : sa surface garnie d'un très-grand nombre de vaines présentoit le même aspect que la surface du cerveau recouvert de la pie-mère, tant la peau étoit devenue mince et transparente. La tête traversa sans beaucoup de difficultés le canal du bassin ; mais j'en éprouvai de grandes à extraire le tronc, et malgré tous mes soins l'enfant périt au passage. N'ayant plus rien alors à ménager de son côté, je proportionnai mes efforts à la résistance que j'éprouvois, les tégumens de la tumeur se déchirèrent, elle s'alongea et s'accommoda à la forme du bassin (1).

---

(1) On trouve un exemple assez semblable, dans l'ouvrage de *Peu*. Depuis l'époque où nous observâmes cette tumeur, nous en avons rencontré deux autres à-peu-près de la même grosseur, et situées également au bas du tronc, mais elles ne contenoient que de l'eau. M. *Piet*, notre confrère, offrit à l'Académie de Chirurgie, en 1787, l'exemple d'une bien plus grosse tumeur encore, qu'il fallut ouvrir pour achever d'extraire l'enfant ; il en évalua le diamètre à un pied. Elle étoit formée de deux lobes en en-bas, dont l'un étoit plus petit que l'autre. Le kiste, recouvert de tégumens, distendu et desséché à l'instant où je l'ai fait dessiner, présentoit encore les dimensions suivantes. Sa largeur d'une cuisse à l'autre, et au-dessus de sa division en deux lobes, étoit de 9 pouces et demi, et sa hauteur de 7 pouces et demi : la largeur du grand lobe et son épaisseur de devant en arriere, de 5 pouces 8 lignes ; la largeur et l'épaisseur du petit lobe, 4 pouces et demi.

---

CHAPITRE

## CHAPITRE VI.

### *Des Accouchemens qu'on ne peut opérer qu'en appliquant l'instrument tranchant sur les parties de la mère.*

1949. LES causes qui peuvent nous mettre dans la nécessité de porter l'instrument tranchant sur les parties de la mère, dans les vues de favoriser l'accouchement, sont en grand nombre, quoiqu'elles se rencontrent assez rarement; mais elles ne sont pas toutes également fâcheuses. Quelquefois une simple incision, ou l'extirpation d'une tumeur, rendent les voies naturelles accessibles au fœtus; tandis que d'autres fois nous sommes forcés de lui ouvrir une issue à travers les enveloppes du bas-ventre, et le tissu même de la matrice.

Causes qui exigent l'application de quelque instrument tranchant sur les parties de la mère.

1950. On peut rapporter toutes ces causes, 1°. à la conformation vicieuse, soit naturelle ou accidentelle, des parties molles de la femme, destinées à former le passage; 2°. à la mauvaise conformation du bassin; 3°. aux grossesses par erreur de lieu, autrement dites Extra-utérines; 4°. à la rupture de la matrice.

## ARTICLE PREMIER.

### *De la conformation vicieuse des parties molles de la femme, qui constituent ce qu'on appelle vulgairement le passage, considérée comme cause d'accouchement laborieux.*

Des obstacles à l'accouchement provenant

1951. La conformation vicieuse des parties molles de la femme, qui ont quelque rapport à l'accouchement, peut être de naissance ou accidentelle. Dans

des parties molles de la femme.

le premier cas, le défaut consiste dans l'agglutination des grandes lèvres ; dans l'étroitesse de l'entrée du vagin, à cause de la forme et de la dureté de la membrane hymen ; dans le peu de largeur de ce canal, ou les intersections membraneuses qui s'y rencontrent ; dans l'obturation incomplète du col de la matrice ; enfin, dans la privation de toutes les parties extérieures qui forment la vulve. La mauvaise conformation accidentelle de toutes ces parties peut être l'effet de la présence d'une tumeur, ou la suite de quelques ulcérations qui ont donné lieu à des adhérences contre nature.

Indications que nous présentent ces différens états contre nature.

1952. S'il est facile de saisir les indications que présentent ces différens états relativement à l'accouchement, il n'est pas toujours également aisé d'y satisfaire. On peut sans beaucoup de danger pour la mère, et sans éprouver de grandes difficultés, séparer les grandes lèvres lorsqu'elles sont unies ; inciser la membrane hymen quand elle s'oppose à l'accouchement, ainsi que les cloisons qui se rencontrent quelquefois dans l'intérieur du vagin ou du col de la matrice ; couper de même les brides qui empêchent ce canal de se dilater, et ouvrir un abcès qui ferme le passage : mais comment détruire des duretés et des callosités profondes qui rétrécissent le vagin, souvent au point de ne laisser qu'un passage très-borné au sang menstruel ? comment enlever une tumeur squirreuse ou graisseuse, dont la base est très-large et éloignée des parties extérieures ? Ceux qui ont conseillé de pareilles opérations ont-ils bien fait attention à la difficulté de les exécuter, et au danger qui doit les suivre ? Comme il n'est pas possible de saisir toutes les nuances de complication que présentent ces divers états avec assez de précision pour prescrire des règles de conduite dans chacune d'elles, nous ne parlerons que de quelques-unes ; les autres nous paroissant de ces cas qu'il faut abandonner à la

sagacité du Chirurgien qui les rencontre, et dans lesquels il doit seul se donner des lois.

1953. Parmi les tumeurs qui peuvent survenir aux parties de la femme, les unes sont inflammatoires et se forment promptement; les autres, d'une nature indolente, et s'accroissent lentement: mais toutes, selon leur volume et leur situation, peuvent mettre plus ou moins d'obstacles à la sortie de l'enfant. De la nature de ces tumeurs.

1954. Le caractère de la plupart de ces tumeurs est facile à saisir; mais il en est quelques-unes qu'on pourroit confondre avec d'autres sur lesquelles il seroit dangereux de porter l'instrument tranchant; comme avec ces hernies entéro-vaginales décrites par *Garengeot* (1), et les hernies de vessies dont parlent plusieurs Auteurs. On distingue aisément l'abcès qui est la suite d'une tumeur inflammatoire, d'un dépôt froid; parce que les signes commémoratifs n'en sont pas les mêmes: mais l'on ne reconnoît souvent la nature de ce dernier qu'après l'avoir ouvert. C'est cette espèce qu'on a quelquefois peine à dinstinguer des hernies dont nous avons parlé, et plus difficilement encore de certaines tumeurs sanguines qui ont leur siége dans le tissu cellulaire du vagin: ce qui doit rendre très-circonspect pour les ouvrir quand elles mettent de grands obstacles à l'accouchement. Certains qu'elles sont humorales, on n'y fait qu'une très-petite incision; si leur caractère reste douteux; tandis qu'on peut être moins réservé dans l'ouverture des tumeurs qui ont été inflammatoires. Caractères de ces tumeurs.

1955. L'œdème est la plus ordinaire de toutes les tumeurs qui peuvent survenir aux parties de la femme; et le tissu cellulaire qui se trouve dans l'intérieur du bassin n'est pas toujours exempt de De l'œdème qui affecte les parties de la femme.

(1) Voyez les Mémoires de l'Académie de Chirurgie, tome I.

cette infiltration qui s'étend même quelquefois jusque dans celui des symphyse. Une infiltration médiocre, loin d'être contraire à l'accouchement le favorise plutôt, en effoiblissant le ressort des parties qui forment le passage et en les humectant ; au lieu qu'une infiltration considérable peut s'y opposer, ou le rendre très-difficile : comme on le voit quand les grandes lèvres sont très-grosses et tendues, quand la partie entérieure du vagin forme au-dehors une tumeur volumineuse qui rétrécit l'entrée de ce canal ; enfin, lorsque la liqueur infiltrée inonde au loin et abondamment tout le tissu cellulaire de l'intérieur du bassin. Dans tous ces cas, on est obligé de faire des scarifications au bas des grandes lèvres intérieurement, pour dégorger les parties et rendre le passage accessible à l'enfant.

Des tumeurs variqueuses des mêmes parties.

1956. Les tumeurs variqueuses sont celles qu'on rencontre le plus fréquemment après l'œdème ; mais presque toujours elles sont très-petites et très-nombreuses. Elles se remarquent sur-tout aux grandes lèvres, ainsi que dans l'intérieur du vagin, et nous en avons trouvé jusqu'au col de la matrice même. Les veines qui serpentent dans le tissu cellulaire du vagin et des parties voisines, peuvent se dilater de même et devenir variqueuses (1). Si ces tumeurs acquièrent rarement assez de volume pour s'opposer à la sortie

(1) Une femme dont le bassin n'avoit que deux pouces huit lignes de diamètre dans son entrée, n'ayant éprouvé que de foibles accidens dans les huit ou dix premiers jours des couches, quoique l'accouchement eût été des plus laborieux, fut prise d'une perte considérable au vingt-deuxième, étant alors à se promener dans la chambre ; mais cette perte, qui ne dura qu'un instant, ne l'empêcha pas de se lever le lendemain et les jours suivans, jusqu'au trentième, qu'elle succomba à une nouvelle hémorrhagie qui ne se soutint pas plus de temps. On vit, à l'ouverture du cadavre, un foyer purulent dans le tissu cellulaire qui entoure le muscle psoas droit, et un sac variqueux considérable, tapissé de concrétions sanguines, qui s'étoit ouvert avec cet abcès à la partie supérieure et un peu antérieure du vagin. La matrice étoit petite, compacte et fermée, et ne contenoit aucune goutte de sang au-dedans.

de l'enfant, leur crevasse pourroit au moins y mettre des obstacles, en donnant lieu à l'épanchement du sang dans le tissu cellulaire des parties circonvoisines, comme l'annonce l'observation suivante. Une femme dont les parties extérieures de la génération étoient affectées de tumeurs variqueuses au moment de l'accouchement, fut à peine délivrée, qu'elle éprouva de nouvelles douleurs, qui lui firent croire qu'elle avoit un second enfant et l'obligèrent d'appeler M. *Solayrès*, de l'amphithéâtre duquel elle venoit de se retirer. Cet Accoucheur, soupçonnant que la rétention d'un caillot de sang pouvoit être la cause de ces douleurs, et voulant s'en assurer par le toucher, trouva le passage bouché au point qu'il ne put y introduire le doigt. Le caractère de la tumeur qui occupoit toutes ces parties n'étant pas facile à reconnoître par le tact, il mit la femme à découvert et observa que les grandes lèvres étoient déjetées de dedans en dehors, les nymphes comme effacées, et le bas du vagin renversé; que ces parties étoient considérablement boursouflées, tendues, et d'une couleur qui dénotoit une infiltration sanguine. Surpris d'un pareil phénomène, dont il ne connoissoit pas encore d'exemples, M. *Solayrès* fit appeler M. *Levret*, qui ne put se rendre auprès de la femme, et y envoya un Chirurgien qui lui étoit attaché à titre d'ancien élève. Des lotions émollientes et résolutives, et des cataplasmes furent ce qu'ils prescrivirent, en attendant que d'autres indications se présentassent. Plusieurs jours après les lochies commencèrent à reparoître, le vagin devint accessible au doigt, les douleurs se relâchèrent un peu, et la tumeur se détendit et s'affaissa. La femme rendit beaucoup d'humeur sanguinolente et putride, qu'on regarda comme le produit du dégorgement du tissu cellulaire de la tumeur et des parties voisines, autant que des lochies, qui avoient été retenues dans la matrice. *Solayrès* attribua la tumeur à la crevasse d'une des

veines variqueuses dont il a été mention, et le dégorgement à une autre issue que la nature avoit pratiquée vers le fond de ce canal, quoiqu'il ne la pût reconnoître au toucher.

1957. En admettant ces conjectures, dont la première paroît des mieux fondées, la crevasse de la tumeur variqueuse n'a pu se faire que dans les efforts de l'accouchement, quoique l'inondation sanguine n'eût eu lieu qu'après celui-ci : ce qui s'explique aisément en faisant attention à l'état d'affaissement et de compression où a dû rester le tissu cellulaire de l'intérieur du bassin pendant le trajet de l'enfant. Si cette inondation se fût manifestée plutôt au point où on l'a observée, il est certain qu'elle se seroit opposée à l'accouchement, et qu'il eût fallu scarifier les grandes lèvres intérieurement, pour les dégorger ainsi que les parties plus éloignées, et pour favoriser la sortie de l'enfant. Il est donc à propos quelquefois d'ouvrir l'une des tumeurs variqueuses qui se remarquent à l'extérieur, pour prévenir la rupture de celles qui sont cachées, et les infiltrations sanguines de l'espèce de celle dont nous venons de parler; quoique ces tumeurs par elles-mêmes ne puissent mettre de grands obstacles à l'accouchement.

Des tumeurs squirreuses.

1958. Des tumeurs squirreuses à pédicule ou à base fort large, peuvent encore affecter les parties molles situées dans l'intérieur du bassin comme les parties extérieures. Mais on ne peut toujours les enlever également, et rendre le passage accessible au fœtus. Quand elles sont à pédicule, quel que soit le lieu qu'elles occupent, il est facile d'en délivrer la femme, et sur-tout dans le temps du travail de l'accouchement, parce que la tête de l'enfant pousse le corps de ces tumeurs au-dehors, et rapproche leur pédicule des parties extérieures. Elles ne sauroient d'ailleurs faire naître de grands obstacles à l'accouchement. Il n'en est pas de même de celles qui ont une base fort large; qui enveloppent beaucoup du

tissu cellulare du vagin et des parties circonvoisines ; qui ont des adhérences étendues avec le col de la vessie, l'intestin rectum, ou qui s'étendent très-loin sur le col de la matrice. Nous avons déjà dit qu'il falloit alors laisser le choix de la méthode d'opérer l'accouchement au discernement et à la prudence du Chirurgien requis en pareil cas : nous pensons qu'il peut s'en rencontrer de cette espèce, où l'opération césarienne sera préférable à l'extirpation partielle ou totale de ces tumeurs.

Des polypes et des tumeurs graisseuses.

1959. Les polypes du col de la matrice et du vagin, considérés relativement à l'accouchement, doivent être rangés dans la classe des tumeurs squirreuses de la première espèce ; et les tumeurs graisseuses ou loupes, dans celle des tumeurs squirreuses à large base. Si on peut extirper les polypes comme les premières, on ne sauroit enlever les autres avec moins de danger qu'on ne fait l'opération césarienne.

De la dureté squirreuse du col de la matrice.

1960. Quelquefois le bourlet qui constitue le col de la matrice dans les derniers temps de la grossesse et celui de l'accouchement est dur, squirreux, incapable de toute extension et de dilatation, de sorte qu'il s'oppose entièrement à la sortie de l'enfant. Après un délai convenable pour s'assurer que les efforts de la nature ne pourront vaincre sa résistance, et l'administration des moyens propres à le relâcher, il faut l'inciser dans plusieurs endroits, comme l'ont fait quelques Praticiens. Ces incisions sont préférables aux déchirures qui pourroient s'y faire, et n'ont jamais eu les mêmes suites. On doit leur donner plus ou moins d'étendue selon l'épaisseur du bourlet qui est calleux, mais toujours assez pour que l'orifice puisse s'ouvrir ensuite convenablement.

De l'obturation du col de la matrice.

1961. Ce même orifice peut se trouver fermé, soit complétement ou incomplétement, au moment de l'accouchement. Son obturation parfaite est toujours postérieure à la conception ; mais l'incomplète pouvoit exister auparavant. Dans tous les cas, il faut rétablir

cet orifice dans son premier état, et l'ouvrir avec l'instrument tranchant, dès que le travail de l'enfantement sera bien décidé.

D'un calcul dans la vessie.

1962. La présence d'une pierre un peu volumineuse dans la vessie a été regardée par quelques Auteurs comme une autre source d'obstacles à l'accouchement ; parce qu'elle peut s'engager au-dessous de la tête de l'enfant, et l'arrêter dans sa marche (1). On a recommandé de repousser l'une et l'autre, et de ranger le calcul de côté, pour que la tête puisse s'engager seule : ce qui vaut mieux, selon nous, que d'inciser la vessie et la partie antérieure du vagin sur la tumeur que forme le calcul, comme d'autres l'ont conseillé. Ce dernier précepte ne doit trouver son application que dans l'exception à la règle ; comme, dans le cas, par exemple, où la tête de l'enfant occuperoit depuis quelque temps l'excavation du bassin de manière qu'elle ne pût remonter ; la tumeur formée par le calcul étant au dehors.

Des tumeurs des ovaires.

1963. Nous avons été témoins d'un fait qui a le plus grand rapport avec ce que nous venons d'exposer concernant le calcul urinaire : c'étoit à l'occasion d'une tumeur des ovaires. Peut-être ce fait est-il unique dans son espèce ; si cela est, il n'en mérite que plus d'être connu des Accoucheurs.

Description d'une tumeur particulière de l'ovaire.

1964. La tumeur dont il s'agit étoit longue de six à sept travers de doigt, et épaisse d'environ un pouce et demi. L'une de ses extrémités, semblable à la moitié d'un gros œuf de poule coupé en travers, est une espèce de roche osseuse garnie intérieurement de

(1) Le Docteur *Planque* en rapporte un exemple dans sa Bibliothéque choisie de Médecine, tome I, extrait du Mercure d'octobre 1734. La pierre avoit 8 pouces de circonférence et un pouce 2 lignes d'épaisseur. La femme accoucha deux heures après l'extraction de ce calcul. M. *Lauverjat* en cite un également, dans lequel il dit qu'on fit la lithotomie au haut appareil. Si ce fait n'est pas le même que le précédent, M. *Lauverjat* auroit dû en nommer les auteurs. *Nouvelle methode de pratiquer l'operation cesarienne*, page 12.

neuf dents solides est bien conformées, parmi lesquelles se remarquent des incisives, des canines, et plusieurs molaires (1). Le reste de cette tumeur étoit d'une nature stéatomateuse, et contenoit beaucoup de cheveux assez longs et entrelassés dans l'humeur qui la constituoit.

1965. La portion osseuse poussée par la tête de l'enfant, dans les efforts de l'accouchement, jusqu'au-dessous de la base du sacrum et un peu vers l'un de ses côtés, fut prise pendant long-temps pour la saillie de cet os, portée fort en avant. Le peu d'étendue qu'elle paroissoit laisser au petit diamètre du détroit supérieur avoit fait croire à l'un des deux Accoucheurs que je trouvai auprès de la femme, que l'opération césarienne étoit l'unique ressource qu'il y eût alors pour terminer l'accouchement. Cette opération avoit été proposée, et l'on étoit presque décidé à la faire au moment où j'arrivai; mais mon avis y fut contraire. Malgré la tumeur que je pris pour une exostose de la saillie du sacrum, à cause de ses petites aspérités, je conseillai de retourner l'enfant et de l'extraire par les pieds; parce que le bassin me parut encore assez spacieux pour lui donner issue. Cet avis adopté par l'un des Accoucheurs, après quelques réflexions, et rejeté par l'autre, prévalut à la fin; mais ils ne me permirent d'opérer qu'après qu'ils eurent fait des recherches inutiles pendant plus d'une heure et demie, pour trouver les pieds, retirant et reportant fréquemment la main dans la matrice. L'un de ces Praticiens insistoit même de nouveau sur la nécessité de l'opération césarienne, lorsque je réclamai vivement le droit d'opérer et avec toute la confiance que donne la certitude de réussir : ce qui me fut accordé, non sans peine, dans la crainte sans doute que mes tentatives ne devinsent aussi inutiles que les

Des obstacles à l'accouchement produits par cette tumeur.

(1) Je conserve cette pièce, aussi rare que curieuse, dans mon cabinet.

précédentes. J'introduisit la main gauche dans la matrice, et j'en dégageai les pieds de l'enfant en moins de deux minutes, ainsi que le tronc; après cela j'employai le forceps pour extraire la tête. Cette opération ne fut ni très-longue, ni très-pénible (1). Entièrement occupé du soin de délivrer l'infortunée qui étoit en travail depuis plus de soixante heures, je ne m'arrêtai pas à l'examen de la prétendue exostose du sacrum. En voyant opérer mes confrères, le bassin m'avoit paru plus grand que je ne l'avois jugé auparavant en le mesurant avec un seul doigt, et il l'étoit en effet (2); puisque en y passant la main ils avoient repoussé la tumeur de l'ovaire, que nous ne

(1) Je n'employai pas au-delà d'un quart d'heure pour retourner l'enfant et l'extraire. Il a plu à l'un des deux Accoucheurs qui m'avoient appelé chez la femme, de dénaturer assez cette observation pour qu'on se persuade, en la lisant ici, et dans l'ouvrage qu'il vient de publier, qu'il s'agit de deux faits différens (*). « L'opération fut, dit-il, des » plus laborieuses, la tête arrêtée au détroit supérieur, ne put le fran- » chir malgré les plus violens efforts, et l'on n'en obtint la sortie » qu'à l'aide de l'application difficile et réitérée du forceps : l'enfant y » perdit la vie, l'un de ses bras ne put être dégagé qu'au moyen du » crochet qui termine les branches du forceps, etc. » J'avois passé sous silence des détails que des égards ne me permettoient pas de publier, et m'empêchent encore de donner ici; mais je ne puis m'empêcher de nier une partie des assertions dont il s'agit, qui sont autant d'inculpations contre moi, qu'on n'a pas jugé à propos de nommer. L'enfant n'a donné aucun signe de vie après la sortie du premier pied, et n'en donnoit aucun à l'instant où l'on insistoit le plus sur l'opération césarienne. En disant que je n'employai pas au-delà d'un quart d'heure pour retourner et extraire l'enfant, je n'y comprends pas le temps qu'on perdit en efforts inutiles avant que j'eusse dégagé le premier pied, celui qu'on y employa après la sortie de ce pied, avant qu'on ne me permît d'aller chercher le second; enfin, celui des tentatives que fit infructueusement M. *Deleurie* pour saisir la tête avec le forceps, après la sortie du tronc.

(2) Le bassin de cette femme, que je conserve également, a dans son entrée trois pouces neuf lignes de petit diamètre, et quatre pouces neuf lignes de diamètre transversal; le détroit inférieur est tout aussi bien conformé.

(*) M. *Lauverjat*, Ouvrage déjà cité, page 13 et suiv.

soupçonnions pas telle dans ce moment, de sorte que la mienne traversa ce canal sans aucune difficulté. L'accouchement proprement dit, sans avoir été très-long, ni très-laborieux, comme je viens de l'exprimer, fut néanmoins sans succès pour la mère et pour l'enfant : celui-ci étoit mort avant que j'en eusse dégagé les pieds, et la mère n'y survécut que cinquante et tant d'heures. Elle périt, non pas des violences du moment de l'accouchement, mais des suites de tout ce qu'elle avoit souffert avant, et du mauvais régime qu'elle tint après : je la surpris au troisième jour, buvant une forte décoction d'armoise, et elle n'avoit eu, me dit-elle, d'autre boisson depuis qu'elle étoit accouchée. Ce ne fut qu'à l'ouverture du cadavre que je reconnus le siége et la nature singulière de la tumeur dont il s'agit (1).

1966. Nous ne ferons sur cette observation que quelques réflexions qui ont rapport à la manière dont on auroit pu terminer l'accouchement, si on eût reconnu la tumeur, et si l'on se fût assuré de sa mobilité avant de l'entreprendre. Elle n'étoit pas du genre de celles qu'on peut attaquer par l'instrument ; on ne pouvoit ni l'ouvrir, ni l'extirper, tant à cause de son enchaînement avec les parties voisines, que de la profondeur à laquelle elle étoit située ; mais on auroit pu la déplacer, et la porter sur le bord de la fosse iliaque de son côté, comme on l'a fait sans intention, en avançant la main pour aller prendre les pieds : on auroit pu la maintenir dans cet endroit, pendant que la tête se seroit engagée, ou qu'on auroit appliqué le forceps. En se conduisant ainsi dès les premiers momens du travail, on auroit épargné beaucoup de dou- **Réflexions sur cette observation.**

---

(1) Ce cadavre ne fut ouvert que le troisième jour après la mort, et après avoir été enterré. M. *Iauverjat* qui assure que les grandes lèvres étoient gangrenées, et la matrice prête à l'être, ne vit les pièces que lorsque je les présentai à l'Académie.

leurs à la femme, et on l'eût sans doute soustraite à la mort; pouvant vivre avec cette tumeur qu'elle portoit, suivant toutes apparences, depuis plusieurs années: son enfant auroit pu, de même, naître très-heureusement moyennant ces précautions (1).

## ARTICLE II.

### *Des indications que nous offre la mauvaise conformation du bassin, relativement à l'accouchement.*

De la mauvaise conformation du bassin.

1967. La mauvaise conformation du bassin, considérée relativement à l'accouchement, peut dépendre de l'irrégularité des os qui constituent ce canal, comme nous l'avons dit ailleurs, du vice de leur jonction, ou de certaines exostoses qui s'élèvent à leur surface interne. Elle n'affecte pas toujours le bassin dans le même sens, ni dans la même partie, ni au même degré: ce qui fait qu'elle n'est pas toujours également contraire à la sortie de l'enfant. Le plus souvent le détroit supérieur seul est vicié, et c'est assez constamment de devant en arrière: quelquefois aussi ce même détroit se trouve assez grand, et l'inférieur est resserré. Entre les deux extrêmes de ce défaut de conformation, on observe des nuances infinies que nous avons cru devoir fixer ailleurs à trois ou quatre principales; pour en exposer les effets avec plus de clarté, et en faire saisir les indi-

---

(1) M. *Lauverjat* est encore d'une opinion différente sur ce point: puisqu'il pense qu'on ne sauroit donner la moindre attention à l'observation sans regretter que l'opération césarienne n'eût point été faite. Il justifie de suite, à la vérité, le parti que nous avons préféré, en laissant entrevoir qu'il ne propose cette opération que quand des tumeurs qui étrécissent considérablement l'évasure du bassin, ne peuvent être déplacées ni opérées. Pour démontrer la nécessité d'une parelle opération dans le cas énoncé, il falloit prouver que la tumeur dont il s'agit n'étoit pas susceptible d'être déplacée; or, nous assurons que rien n'étoit plus facile que ce déplacement.

cations avec plus de justesse et de précision, nous les retracerons ici en très-peu de mots.

1968. Le petit diamètre du bassin, considéré dans le détroit supérieur ou dans l'inférieur, peut avoir un demi-pouce de moins que dans l'état naturel, sans qu'il en résulte de grands obstacles à l'accouchement, si la tête de l'enfant n'excède pas la grosseur la plus ordinaire. Depuis trois pouces et demi de petit diamètre, qui est le dernier terme de la bonne conformation, relativement à l'accouchement, jusqu'à l'étendue de deux pouces et un quart à deux pouces et demi, qui paroît celui où la sortie d'un enfant entier cesse de pouvoir se faire par cette voie, on trouve des bassins où ce diamètre n'a que trois pouces et un quart, d'autres trois pouces seulement, et trois pouces moins un quart. Les nuances de mauvaise conformation qu'on découvre au-dessous de l'étendue de deux pouces et demi, ne sont pas moins variées; puisqu'il y a des femmes dont le bassin ne présente que dix à douze lignes d'ouverture, et chez d'autres moins encore. Si ces dernières nuances nous prescrivent les mêmes indications relativement à l'accouchement, les premières nous laissent en quelque sorte le choix entre plusieurs méthodes de l'opérer. Degrés de mauvaise conformation du bassin.

1969. On peut rapporter toutes les ressources que l'art a paru offrir jusqu'ici, dans ces cas de mauvaise conformation du bassin, aux sept suivantes : Différentes méthodes d'opérer l'accouchement en pareil cas.

1°. L'extraction de l'enfant par les pieds;

2°. Par le moyen du forceps;

3°. Par le secours des crochets et autres instrumens de cette espèce;

4°. L'opération césarienne;

5°. L'accouchement prématuré;

6°. Le régime pendant la grossesse;

7°. La section du pubis.

Toutes ces ressources ayant été employées avec un succès différent, nous les examinerons autant que les

bornes de cet ouvrage le permettent, mais assez cependant pour en faire connoître les avantages et les inconvéniens, et fixer les cas où elles paroissent admissibles.

## SECTION PREMIÈRE.

*Analyse succinte de l'Accouchement par les pieds; de l'usage du forceps, des crochets et des perce-crâne, dans le cas de mauvaise conformation du bassin.*

1970. Quoique nous eussions exposé précédemment ces diverses méthodes, d'une manière très-détaillée, et dans autant de sections particulières, l'on ne sera peut-être pas fâché que nous retracions ici leurs avantages et leurs inconvéniens respectifs, pour exprimer dans le même tableau tout ce qui a rapport à la mauvaise conformation du bassin.

Des avantages et des inconvéniens de l'extraction de l'enfant par les pieds.

1971. Si l'extraction de l'enfant par les pieds n'est pas la plus ancienne de toutes ces méthodes, comme on pourroit le présumer, elle paroît au moins la plus naturelle. Si elle passe également pour la plus douce, aux yeux du vulgaire qui a horreur de tout instrument; l'Accoucheur doit en avoir une opinion bien moins avantageuse : il ne doit pas ignorer combien il est difficile de retourner l'enfant et de le tirer par les pieds, sur-tout quand les eaux de l'amnios sont écoulées depuis long-temps. Sa mort, trop souvent à craindre en pareil cas, même quand le bassin de la femme jouit à-peu-près de sa largeur naturelle, est d'autant plus certaine que ce canal osseux s'éloigne davantage de cet état, et que ses détroits se trouvent plus resserrés. L'extraction de l'enfant par les pieds n'est donc qu'une méthode dangereuse quand le bassin est vicié, et une sorte de ressource pour délivrer la mère; souvent encore n'est-ce pas sans de grands inconvéniens pour elle. Cette méthode ne convient pas d'ailleurs dans tous les cas de mauvaise confor-

mation du bassin, abstraction faite des accidens qui y sont inévitablement attachés ; puisqu'il est impossible d'extraire l'enfant entier, quand le petit diamètre de cette cavité n'offre pas environ deux pouces et demi d'étendue.

1972. L'usage du forceps paroît un peu plus doux dans quelques-uns de ces cas : en ce que d'un côté on n'a pas à craindre pour l'enfant les funestes effets de l'extension et des tiraillemens de la moelle épinière, ainsi que de la luxation du col et de la tête ; et que, de l'autre part, les parties de la femme sont moins fatiguées, que par l'introduction de la main jusqu'au fond de la matrice : mais l'usage du forceps a de même ses inconvéniens et ses bornes. Cet instrument est quelquefois dangereux pour l'enfant, lorsque le bassin n'a que trois pouces de diamètre, et bien plus dangereux, s'il n'est pas alors meurtrier, quand ce diamètre est plus resserré : en lui donnant la mort dans ce dernier cas, il expose également la mère à des accidens plus ou moins graves. Le forceps ne convient nullement, lorsque le bassin est vicié au dernier point, c'est-à-dire, quand son petit diamètre n'offre pas au moins deux pouces et demi d'étendue.

Desavantages et des inconveniens du forceps.

1973. L'application des crochets et autres instrumens destinés à ouvrir le crâne pour donner issue au cerveau et disposer la tête à s'affaisser, est encore bien plus fâcheuse pour l'enfant que celle du forceps ; puisque une mort plus ou moins prompte, et toujours cruelle, en est la suite. Rien ne sauroit excuser le Praticien qui se comporteroit ainsi sans avoir la certitude de la mort de l'enfant auparavant ; elle seule nous donnant le droit de préférer les instrumens dont il s'agit aux autres méthodes. Si l'on se rappelle combien il est difficile d'obtenir cette certitude, on verra avec quelle réserve il faut employer de pareils instrumens. Les bornes dans lesquelles leur usage doit être circonscrit, ne sont pas moins res-

Danger de l'application des crochets.

serrées d'ailleurs que celles des deux méthodes précédentes. L'on ne doit employer ces instrumens, quoique bien assuré de la mort de l'enfant, qu'autant que le forceps ne peut être appliqué sans inconvéniens pour la mère. Il ne sont indiqués exclusivement que dans le cas où l'enfant ne peut passer entier à travers le bassin ; et encore cessent-ils de l'être, lorsque cette cavité est resserrée au point de n'avoir qu'un pouce et demi, même deux pouces de petit diamètre : car la section de l'enfant dans le sein de sa mère pourroit alors devenir aussi dangereuse pour elle, et même plus, que l'opération césarienne à laquelle on voudroit la soustraire par ce procédé.

## SECTION II.

### *Analyse succinte de l'opération césarienne.*

Des avantages de l'operation cesarienne pour l'enfant.

1974. L'opération césarienne consiste à ouvrir une issue à l'enfant, à travers les enveloppes du bas-ventre et le tissu même de la matrice ; c'est pour lui la plus douce et la plus sûre de toutes les méthodes que nous puissions employer pour terminer l'accouchement. Il peut être victime de la violence et de la longueur du travail, dans l'accouchement que nous appelons Naturel ; il court très-souvent le même danger dans l'accouchement où nous en opérons l'extraction par les pieds ; sa vie n'est pas à couvert de toute atteinte dans l'usage du forceps ; sa mort enfin, presque toujours certaine quand on applique simplement le crochet, est inévitable lorsqu'on ouvre le crâne pour en évacuer le cerveau. On le met constamment à l'abri de cet accident par l'opération césarienne ; parce qu'on rend toujours sa sortie aussi prompte que facile, en donnant un peu plus d'étendue à la voie que prépare l'instrument.

1975.

1975. Si l'on n'avoit d'autre but que la conservation de l'enfant, il faudroit donc préférer cette méthode aux autres, toutes les fois qu'on a lieu de craindre quelques obstacles à l'accouchement par les voies ordinaires : mais la mère ayant le même droit à la vie, et cette opération lui étant funeste le plus souvent, quelque soin qu'on prenne pour en assurer le succès, on ne doit la pratiquer qu'autant qu'elle est évidemment nécessaire et que l'accouchement ne peut se faire autrement. Si la mort de l'enfant doit seule nous autoriser à le démembrer dans le sein de sa mère, lorsqu'il n'en peut sortir entier, sa vie seule devroit aussi, dans le même cas, nous autoriser à faire l'opération césarienne. Nous en excepterons cependant celui où le bassin est resserré au dernier point, c'est-à-dire, où son petit diamètre est au-dessous de deux pouces : car il ne reste alors d'autre ressource que l'opération césarienne pour délivrer la femme : il est malheureux, lorsque son enfant est mort, de n'avoir à lui présenter qu'un cadavre pour prix de sa résignation, et du sacrifice qu'elle fait en quelque sorte de sa propre vie. Si elle court le plus grand risque de la perdre à la suite de l'opération césarienne, elle seroit bien moins sûre de la conserver, si on ne la délivroit pas de cette manière ; comme on le verra à l'article où nous traitons de la rupture de la matrice, et des grossesses extra-utérines.

Dangers de l'operation césarienne pour la mère.

1976. Les suites de l'opération césarienne ont presque toujours été si formidables, que plusieurs Accoucheurs du dernier siècle, et même de celui-ci, n'ont osé la pratiquer. *Mauriceau*, qui fut de son temps le flambeau de l'Art, comme M. *Levret* l'a été de nos jours, recommandoit d'attendre la mort de la femme pour lui ouvrir le sein, et traitoit de fabuleux le récit des opérations césariennes qu'on disoit alors avoir été faites avec succès. Mais en exposant ainsi la mère, on auroit souvent à se reprocher d'avoir laissé périr les

Sentiment de *Mauriceau* sur cette opération.

deux ; sa mort, en pareil cas, ne devançant presque jamais celle de l'enfant.

1977. L'autorité de *Mauriceau* ne sauroit faire loi parmi nous, comme de son temps. Non-seulement l'opération dont il s'agit a été faite avec succès, et plusieurs fois sur la même femme, si toutes les observations qui nous en ont été transmises sont vraies, mais on remarque encore que quelques-unes de celles qui l'ont souffert, n'en ont éprouvé d'autres accidens que ceux qui sont ordinaires aux grandes plaies pénétrantes et simples du bas-ventre, et qu'on regarde même comme nécessaires à leur réunion. Ce sont de semblables observations qui ont fait croire à plusieurs Praticiens que le danger de l'opération césarienne ne dépendoit pas essentiellement de la lésion des parties qu'elle intéresse, mais de l'état morbifique où elles se trouvoient déjà, ainsi que la femme même, au moment de l'opération.

Sources des accidens qui suivent l'opération césarienne.

1978. Il est bien certain que l'état d'abattement et d'épuisement qui succède à un travail pénible et long, ainsi que l'érétisme et l'état inflammatoire de la matrice, peuvent ajouter à la somme des accidens annexés à l'opération césarienne, autant et peut-être plus que la manière dont on la fait. Mais les suites fâcheuses qu'elle a presque toujours eues, ne provenoient pas seulement de ces différentes sources, puisque le sort des femmes opérées par les plus grands maîtres, après des préparations convenables et dans le moment le plus favorable, n'a pas été fort différent de celui des femmes opérées, contre toute raison et tout principe, par des personnes inexpérimentées, et même absolument étrangères à l'art. Nous ne serons donc jamais à même de prévenir ni d'éviter tout ce qui peut rendre incertain le succès d'une pareille opération.

De l'hémorrhagie qui peut suivre l'opération césarienne.

1979. Deux sortes d'hémorrhagies sont à craindre dans l'opération césarienne, si on les considère relativement à leur source : l'une vient des vaisseaux

sinueux de la matrice qui se rendent au placenta ; et l'autre, de la section des principales branches d'artères et veines utérines qui se trouvent près les parties latérales de ce viscère. On peut prévenir celle-ci, en opérant au milieu du ventre et en ouvrant la matrice dans sa partie antérieure ; mais il n'en est pas de même de la première espèce. Cette hémorrhagie peut avoir lieu dans le moment de l'opération, si on incise la matrice à l'endroit du placenta, ce qu'on ne sauroit toujours éviter ; ou bien elle peut survenir quelque temps après, quoiqu'on ait fait l'incision fort loin de cet endroit. Dans ce dernier cas elle est l'effet de l'inertie de la matrice, comme l'hémorrhagie qui a lieu quelquefois à la suite de l'accouchement naturel. Dans l'autre, elle se manifeste sur le champ, parce qu'elle provient de la section des sinus et autres vaisseaux utérins, et la femme peut répandre beaucoup de sang avant que l'opération ne soit achevée ; comme nous l'avons observé dans l'un des deux faits que nous citerons.

Autres accidens de l'opération dont il s'agit.

1980. L'hémorrhagie n'est pas l'accident qu'on observe le plus souvent à la suite de l'opération césarienne, l'inflammation de la matrice et des autres viscères du bas-ventre, la fièvre, la supuration, la gangrène, l'épanchement des lochies sanguines, purulentes ou laiteuses, l'accompagnent bien plus fréquemment ; et quand la femme a le bonheur d'échapper à tant d'écueils, presque toujours elle se voit exposée à des hernies ou des éventrations considérables qu'on a peine à contenir, mais qu'il seroit facile de prévenir au moyen d'un bandage convenable.

Cas où l'opération césarienne est indispensable.

1981. Puisque l'opération césarienne est si dangereuse pour la femme, qu'à peine sur six il en échappe une à la mort, on ne doit l'entreprendre que dans les cas où elle est évidemment indispensable, ce que les Accoucheurs n'ont déterminé, à l'égard de la mauvaise conformation du bassin, que d'une manière très-vague et très-incertaine. On ne doit la pratiquer

qu'autant que cette mauvaise conformation est telle, qu'elle ne laisse aucun espoir d'amener l'enfant vivant par la voie naturelle : mais il ne faut pas adopter pour seule règle à ce sujet, celle que le célèbre M. *Levret* a établie. « Il faut, dit-il, pour décider absolue » l'impossibilité de l'accouchement de l'enfant en vie, » que la main de l'Accoucheur ne puisse être intro- » duite dans le vide du bassin, pour pénétrer en- » suite dans la matrice, ou qu'il ne la puisse absolument » pas retirer, lorsqu'il a saisi un des pieds de l'enfant. » Il seroit extrêmement dangereux de n'avoir d'autres règles que celles-ci, pour décider de l'impossibilité de l'accouchement et de la nécessité de l'opération césarienne. Personne ne disconviendra que cette opération ne soit réellement indiquée quand la main ne peut traverser le bassin de la femme : mais ce seroit une absurdité que de soutenir qu'elle ne fût véritablement nécessaire que dans ce cas. La main la plus grosse traverse librement un bassin dont l'entrée n'a que deux pouces et demi de petit diamètre, si on la dirige méthodiquement, et une autre beaucoup plus petite peut également pénétrer dans la matrice, quoique ce diamètre n'ait que deux pouces : néanmoins de dix mille enfans qu'on entreprendroit d'extraire par une semblable voie, l'on en sacrifieroit évidemment dix mille, s'ils étoient à terme et d'une grosseur ordinaire. Le bassin qui offre trois pouces moins un quart de diamètre nous laisse même si peu d'espoir, que de cinq cents enfans on pourroit à peine en sauver un ou deux; encore en seroient-ils redevables à cette constitution particulière dont il est parlé au paragraphe 95, mais trop rare malheureusement en pareil cas.

1982. Sans essayer de porter la main dans la matrice, ce qu'on doit éviter soigneusement dans le cas où il convient de pratiquer l'opération césarienne, pour s'assurer si elle pourra traverser librement le bassin, en ramenant un des pieds de l'enfant, comme

le passage de M. *Levret* semble l'insinuer, on peut fixer les cas où l'opération dont il s'agit devient évidemment nécessaire ; parce qu'on mesure assez bien avec le doigt seul, ou un pelvimet (1) quelconque, l'étendue du petit diamètre du détroit, à une ligne ou deux près. *Voyez* §. 123 et suivans, jusqu'au §. 137 inclusivement. Nous la croyons parfaitement indiquée, toutes les fois que le diamètre n'a pas deux pouces et demi d'étendue.

## SECTION III.

### *De l'Accouchement prématuré, proposé à l'occasion de la mauvaise conformation du bassin, dans les vues d'éviter l'opération césarienne.*

1983. Quelques exemples d'enfans nés au huitième ou au septième mois de la grossesse, et même plutôt, avec une assez bonne constitution pour se développer comme ceux qui naissent au terme naturel, et parcourir une carrière aussi longue que ces derniers, ont laissé entrevoir dans l'accouchement prématuré une ressource salutaire à ceux dont la naissance devient impossible au terme de neuf mois, à cause de la mauvaise conformation du bassin, sans avoir recours à l'opération césarienne. Quoiqu'il suffise d'opposer à ses partisans le peu de succès qu'ils en ont obtenu en pareils cas, nous examinerons cependant s'il y a quelque parité entre un accouchement prématuré qui se fait naturellement en tout point, et celui que l'art solliciteroit au même terme de la grossesse.

*Parallèle entre l'accouchement prématuré qui se fait naturellement, et celui qu'on provoqueroit au même terme.*

1984. Sans entrer dans les vues d'intérêt que bien des personnes ont eues de faire passer pour des enfans de sept mois ceux qui étoient véritablement nés au terme de neuf, nous ferons remarquer que la plupart

(1) C'est un compas pour mesurer les diamètres du bassin.

des femmes ne sont jamais assez éclairées sur le moment où elles sont devenues grosses, pour qu'on puisse statuer quelque chose de bien certain sur l'époque de l'accouchement, d'après leur récit. De même que quelques-unes ont pensé qu'elles étoient accouchées à dix et même à onze mois de la grossesse, parce que la suppression des règles, et de légères indispositions avoient dévancé chez elles la conception ; d'autres femmes ont imaginé qu'elles étoient accouchées à sept mois, parce qu'elles avoient été réglées dans les deux premiers, et que les incommodités qu'elles regardent comme autant de preuves de l'exsistence de la grossesse, ne se sont manifestées qu'à l'époque de la suppression de cette évacuation menstruelle.

1985. Le col de la matrice, chez les femmes qui accouchent naturellement à sept ou à huit mois, se développe de bien meilleure heure que chez celles qui ne doivent accoucher qu'au terme ordinaire. Les douleurs se déclarent sans qu'aucune cause apparente y ait donné lieu ; elles ne sont pas l'effet du défaut d'expansion des fibres utérines, ni de l'irritation accidentelle qui en résulte, mais du défaut d'équilibre entre celles qui constituent le col de la matrice, ou la résistances qu'elles opposent, et l'action des autres parties de ce viscère, qui pressent le produit de la conception en en-bas ; comme on l'observe en général au terme de neuf mois. *Voyez* §. 200 et suiv. jusqu'au §. 206 inclusivement, ainsi que les §§. 584 et 585. Ces douleurs se soutiennent et se succèdent, comme dans l'accouchement qui se fait à terme ; leur gradation est la même, et leurs effets se manifestent dans le même ordre. D'après le développement prématuré du col de la matrice, nous avons annoncé plusieurs fois, dès le quatrième mois de la grossesse, que l'accouchement se feroit naturellement au cinquième ; d'autres fois, à cette époque, qu'il se termineroit à six mois, etc. et l'évènement a toujours confirmé notre jugement.

1986. L'on ne rencontre presque jamais ces dispositions favorables au terme de sept ou de huit mois, chez les femmes dont la mauvaise conformation du bassin rend l'accouchement impossible au terme de neuf, et conséquemment chez lesquelles il semble qu'il seroit avantageux de le forcer à se faire prématurément. Le col de la matrice, à l'époque du septième mois, est rarement entre-ouvert, il est encore fort épais et très-ferme. Les douleurs, ou les contractions de ce viscère, ne pourront alors s'obtenir que par une irritation mécanique assez forte et long-temps continuée; mais étant contraire au vœu de la nature, souvent ces douleurs cesseront au même instant qu'on discontinuera de les exciter de cette manière. Si on ouvre la poche des eaux avant que l'orifice de la matrice ne soit assez ouvert pour le passage de l'enfant, et l'action de ce viscère assez forte pour l'expulser, les douleurs se calmeront de même pour un temps, et le travail qui se déclarera dans la suite sera très-long et très-fatigant; l'enfant, privé des eaux qui le protégeoient contre l'action de la matrice, étant alors pressé immédiatement par cet organe, sera victime de cette action, avant que les choses ne soient favorablement disposées pour son issue, et on perdra le fruit de tant de sollicitudes et de peines.

1987. L'accouchement prématuré obtenu par de semblables moyens, est toujours si peu favorable à l'enfant, qu'il nous semble qu'on ne devroit le permettre que dans ces cas d'hémorrhagies abondantes qui ne laissent d'espoir de salut pour la femme que dans sa délivrance: la nature de l'accident y dispose d'ailleurs les parties convenablement. En supposant qu'on l'admette dans le cas de mauvaise conformation du bassin, pour dispenser de l'opération césarienne au terme de la maturité de l'enfant, comme quelques-uns l'ont recommandé, seroit-ce au terme de sept ou de huit mois qu'il faudroit le solliciter?

Cas où il est permis de provoquer l'accouchement avant terme.

Du peu d'avantage qu'on en retireroit quand le bassin est vicié.

1988. A ne considérer cette ressource, si on peut regarder l'accouchement prématuré comme tel, que du côté des avantages qu'elle doit procurer à l'enfant, il faudroit y avoir recours le plus tard possible, car celui-ci est en général d'autant plus fort et d'autant plus viable que sa naissance se rapproche davantage du terme que lui a assigné la nature : ce seroit donc au huitième mois, plutôt qu'au septième. Mais à l'examiner sous un autre point de vue également essentiel, il faudroit le solliciter plutôt ou plus tard, selon le degré d'étroitesse ou de mauvaise conformation du bassin de la femme ; cette mauvaise conformation pouvant être telle qu'elle mettra autant d'obstacles à la sortie d'un enfant de sept mois, chez certaines femmes, qu'elle en opposera chez d'autres à celle d'un enfant de huit mois. L'accouchement prématuré, si on le sollicitoit constamment au même terme, pourroit être aussi long, aussi laborieux et tout aussi infructueux, même aussi impossible en quelque cas, que si l'on n'eût entrepris de délivrer la femme qu'au neuvième mois. Les observations suivantes en offrent la preuve.

Observations en preuves.

1989. Une femme dont les deux premiers enfans avoient été victimes des efforts de l'accouchement, par rapport à la mauvaise conformation du bassin, fit une chûte à l'époque du huitième mois de sa troisième grossesse, que je regardai d'abord comme un accident heureux ; en ce qu'elle donna lieu dès le même moment à l'écoulement des eaux, et quelques heures après à des douleurs assez fortes et assez fréquentes pour en espérer une prompte délivrance, mais la suite me prouva le contraire. Ayant attendu pendant l'espace de douze heures, et voyant alors que le tête de l'enfant, quoique bien située et d'ailleurs beaucoup plus petite que celle des deux premiers, ne s'étoit nullement engagée, malgré l'intensité des douleurs et la violence des efforts de la femme, je me décidai à l'extraire avec le forceps. J'y rencontrai autant de difficultés que dans les accouchemens précédens,

et l'enfant n'eut pas un sort différent de celui des autres. Qu'aurois-je donc éprouvé, si le bassin de cette femme qui avoit, selon l'estimation que j'en ai faite, environ trois pouces moins un quart de petit diamètre supérieurement, n'eût eu que deux pouces, et même moins comme nous en conservons plusieurs?

Autre observation sur le même sujet.

1990. Une autre femme à qui l'on avoit fait avec succès l'opération césarienne lors de sa première grossesse, est accouchée quatre fois depuis, mais au plus tard au terme de sept mois; et quoique les enfans fussent petits même pour ce terme, les accouchemens ont été constamment très-longs et très-pénibles. Le troisième de ceux-ci se fit dans mon amphithéâtre en présence de quarante-cinq Elèves au moins, après un travail de plus de quinze heures et des plus soutenu: la femme se croyoit à terme, parce que les règles étoient supprimées depuis plus de neuf mois. En lui annonçant son accouchement quelques jours auparavant, j'ajoutai qu'elle n'étoit tout au plus qu'au septième mois de sa grossesse, et l'évènement le fit bientôt connoître. L'enfant, au moment de sa naissance, ne pesoit que deux livres huit onces et demie; sa tête n'avoit que deux pouces huit lignes de diamètre d'une bosse pariétale à l'autre, c'est-à-dire, dans sa plus grande épaisseur; restituée dans son état naturel, car au moment de sa sortie elle étoit déprimée sur un de ses côtés, à l'endroit qui avoit touché la saillie du sacrum, au moins de la profondeur de deux lignes. Cet enfant ne vécut que deux jours et demi; j'en conserve le squelette dans mon cabinet. Le quatrième accouchement fut encore plus long, quoique l'enfant fût aussi petit: ce dernier mourut presque aussi-tôt après sa naissance (1).

---

(1) Ces observations doivent justifier M. *Millot* aux yeux de ceux qui l'ont accusé d'avoir opéré la femme dont il s'agit sans nécessité. Le bassin de cette femme n'avoit que deux pouces et demi de petit diamètre dans son détroit supérieur.

1991. Voilà des exemples de ces tristes fruits qu'on doit attendre de l'accouchement prématuré, quand la nature a mis quelques bornes à la mauvaise conformation du bassin : que pourroit-on en espérer lorsque l'entrée de cette cavité ne présente de diamètre que douze à quatorze lignes, comme on le voit sur un des bassins qui forment ma collection, ou lorsqu'elle est encore plus étroite ?

## SECTION IV.

*Du régime, considéré comme moyen de prévenir les difficultés de l'Accouchement qui proviennent de la mauvaise conformation du bassin.*

1992. Si la grosseur de l'enfant étoit en raison de la quantité et de la qualité des alimens que prend la femme pendant le cours de la grossesse, comme le pense le vulgaire, le régime que quelques-uns ont recommandé de lui faire garder dans les vues de modérer ou de borner l'accroissement de son enfant, seroit très-louable en quelques cas ; mais l'on ne voit que trop souvent le contraire. Des femmes nourries dans le sein de l'abondance, et qui trouvent à peine dans la variété des alimens que leur procure l'aisance de la fortune de quoi se rassasier, accouchent d'un enfant très-petit et très-délicat; tandis que d'autres, épuisées par la maladie ou la diète forcée la plus sévère, ont souvent des enfans très-gros et très-forts. Nous en avons secouru quelques-unes consumées de marasme, et conservant à peine un souffle de vie, qui ont donné le jour à des enfans du poids de neuf à dix livres ; d'autres, qui avoient acquis de la force et de l'embonpoint et dont la masse s'étoit accrue du poids de trente à trente-cinq livres, quoique leurs enfans ne pesasse que de six à six livres et demie.

De peu d'utilité qu'on peut alors

1993. Le peu de différence que présente d'ailleurs la charpente osseuse dans un grand nombre d'enfans à

terme, montre évidemment que le régime qu'observeroit la mère, quand même il pourroit modérer leur accroissement, ne pourroit être salutaire qu'à ceux qui n'ont à traverser qu'un bassin peu difforme et dont les dimensions sont presque dans l'état naturel. Quelle que soit l'influence du régime de la femme grosse sur le développement de son enfant, on ne peut le compter parmi les ressources de notre art, dans le cas de l'extrême difformité du bassin. rtiter du régime.

## ARTICLE III.

### *De la section du pubis*

1994. L'usage des crochets et autres instrumens de cette espèce toujours dangereux et meurtriers pour l'enfant, ainsi que les accidens formidables qui ont moissonné la plupart des femmes à la suite de l'opération césarienne, ont porté de tout temps à la recherche d'un moyen qui pût nous dispenser de recourir à ces ressources fatales. Des hommes sensés s'étoient déjà lassés de s'en occuper, voyant que leurs efforts seroient inutiles, et se contentoient de gémir sur la destinée des femmes et des enfans qu'ils ne pouvoient épargner, lorsqu'un étudiant en Chirurgie (1) conçut le projet d'agrandir le canal du bassin, en séparant les os pubis, au moyen de la section de leur symphyse. Quoique le jugement de l'Académie de Chirurgie, auquel ce projet fut alors soumis, ne lui fût pas favorable, son Auteur cependant le mit en pratique quelques années après : le titre qu'il venoit d'acquérir dans la Faculté de Médecine lui paroissant un titre suffisant pour entreprendre une opération nouvelle, qui avoit peu de partisans et beaucoup d'adversaires. De la section du pubis.

(1) M. *Sigault*, depuis Médecin de la Faculté de Paris.

Origine de la section du pubis.

1995. M. *Sigault* n'est pas le premier qui eût conçu l'idée d'agrandir le bassin de la femme dans la vue de le rendre accessible au fœtus. *Severin Pineau* l'avoit recommandé près de deux cents ans avant lui, dans l'opinion où il étoit que ce seroit en vain que se dilateroient l'orifice de la matrice et l'ouverture des parties extérieures, si les os pubis ne s'écartoient pas pour le passage de l'enfant ; mais il n'a proposé, pour favoriser cet écartement, que des bains, des lotions émollientes, des corps gras et mucilagineux, parce qu'il croyoit qu'il suffisoit de relâcher la symphyse des os, pour les écarter : au lieu que M. *Sigault* a imaginé qu'il étoit plus expédient de trancher ce nœud que de le délier. Ce dernier auroit eu raison si l'écartement des os pubis étoit aussi nécessaire à l'accouchement que les adversaires même de sa nouvelle opération l'ont publié ; parce que la section de leur symphyse seroit le seul moyen de l'obtenir. M. *Sigault* n'a suivi que l'impulsion que lui a donnée la lecture de *Severin Pineau* et des Auteurs qui en ont été les partisans, comme il le dit lui-même (1). Il paroîtroit bien étonnant d'après cela, que deux siècles se fussent écoulés depuis *Severin Pineau*, sans que personne n'eût osé trancher la symphyse dont il s'agit, si l'on ne supposoit assez de lumières à ceux qui ont exercé l'art des accouchemens, pour avoir entrevu l'inutilité et le danger tel qu'il soit, d'une pareille opération, dans le cas de défectuosité extrême du bassin.

1996. Non-seulement *Severin Pineau* avoit conçu l'idée d'agrandir le bassin, comme on vient de le dire, mais encore celle de couper avantageusement la symphyse du pubis: du moins peut-on l'inférer d'un passage de son ouvrage, que nous rapporterons. Après avoir parlé des précautions que la nature semble avoir prises dans la construction de la tête du fœtus, pour favoriser

(1) Voyez la thèse de ce Médecin, soutenue aux écoles d'Angers, en 1775.

l'accouchement, il ajoute que son travail est bien plus admirable dans l'écartement des os du bassin de la mère; que ces parties non-seulement peuvent se dilater, mais encore qu'elles peuvent être coupées surement. *Si enim natura ossa capitis non perfecerit in utero, neque suturas ullas his effinxerit, ut deflexis ossibus et ut cumque compresso capite fœtus in enixu faciliùs expellantur utero, exeantque foràs : quantò magis in dilatandis maternis ossibus sagax et provida eadem erit, contra eorum opinionem qui ista ossa dilatari negant. Prœterea ignobiliores partes nobilioribus semper ministrant et obsequuntur, nec non continentes seu externæ, non tantùm dilatari, sed etiam secari tutò possunt, ut internis succuratur, ut* Galenus *ait. At nemo sanè est mediocriter in Medicinâ versatus, qui non noverit pueros in utero contentos multò nobiliores esse maternis ossibus, pelvim, ut vulgò loquimur, constituentibus* (1).

1997. Si on entrevoit dans ce passage de *Pineau* l'idée de la section du pubis, l'on ne peut au moins refuser au Médecin de Paris de l'avoir mise au grand jour, et d'avoir exécuté le premier ce projet (2). Presque le seul défenseur alors de cette nouvelle opération, le succès qu'il en obtint sur la femme Souchot, lui valut un grand nombre de partisans (3) qui la

(1) *Sever. Pineau*, cap. X. Opuscul. et Physiolog. et Anatom. lib. II.

(2) M. *Alph. le Roy*, D. M. P. a cependant publié qu'un Médecin Français l'avoit pratiquée à Varsovie dans le siècle dernier. *Voyez* sa brochure, intitulée : *Examen de l'Art des Accouchemens de M. B.* Ext. de la Gazette de santé, année 1781.

(3) Nulle découverte dans l'art de guérir n'a été accueillie plus universellement que la section du pubis; elle eut presque autant de partisans qu'il y avoit alors d'individus; un grand nombre de Médecins et de Chirurgiens, tant en France qu'ailleurs, se declarèrent en sa faveur; à peine l'eut-on pratiquée une seule fois, avant même qu'on ne sût bien quel en seroit l'événement, que l'Europe entière retentit du nom de son auteur, que la Faculté de Paris fit frapper une médaille en son honneur, et que le Gouvernement lui accorda

pratiquèrent, pour ainsi dire, comme à l'envi les uns des autres; mais la plupart avec un succès bien différent. M. *Sigault* lui-même a depuis éprouvé plusieurs fois combien cette ressource étoit peu certaine pour l'enfant et pour la mère quand le bassin est très-difforme (1).

1998. M. *Sigault* n'avoit proposé cette opération que pour les cas extrêmement rares, où la mauvaise conformation du bassin ne laissoit d'autres ressources que l'opération césarienne; mais ayant franchi, pour ainsi dire, dès le premier pas, les bornes étroites dans lesquelles il l'avoit circonscrite, ses partisans ne lui en assignèrent aucunes, et on le vit, ainsi qu'eux, la pratiquer sur des femmes qui étoient accouchées précédemment par les seuls efforts de la nature, ou qui l'ont fait depuis. Les uns la substituèrent à la patience dont ils auroient dû s'armer, et les autres à l'application méthodique des doigts; ceux-ci à l'extraction de l'enfant par les pieds, et ceux-là à l'usage du forceps ou des crochets. Tous, dès-lors, ne trouvèrent que des difficultés insurmontables à l'accouchement, et des moyens, que dans la section du pubis; car on la fit plus de fois dans l'espace de quatre à cinq années, qu'on n'avoit fait la césarienne dans le cours de vingt à vingt-cinq, et peut-être même d'un demi-siècle: pendant ce trop long instant de délire, il sembloit que l'art des accouchemens se réduisît à la dextérité nécessaire pour bien exécuter cette opération; encore osa-t-on publier qu'elle étoit peu de chose en elle-même, et que le traitement à sa suite faisoit tout.

---

une pension, ainsi qu'à la femme qui venoit d'être opérée. D'un côté de la médaille est l'effigie du Doyen de ce temps, et de l'autre l'inscription suivante : *Sectio symphys. oss. pub. lucina nova, ann. 1768, invenit, proposuit, 1777, fecit feliciter. J.-R. Sigault. De M. P. jussit Alph. le Roy, D. M. P.*

(1) Voyez les observations de l'Auteur, que nous rapporterons succintement dans la suite de cet article.

1999. Quoique le temps eût opéré ce que n'avoient pu faire les écrits multipliés qui ont paru dès les premiers momens contre cette opération, et qu'on la pratique beaucoup plus rarement depuis que la vérité s'est fait entendre au mépris de la prévention, nous nous en occuperons cependant, et nous ajouterons même à ce que nous en avons déjà dit dans notre première Édition ; parce que le nombre de ses sectateurs est encore trop grand, et que la plupart ne peuvent acquérir la connoissance des faits les plus propres à dissiper leur erreur, ou à leur inspirer au moins la crainte qui sembloit faire le partage de M. *Sigault* dans les dernières années de sa vie (1).

2000. Nous suivrons la même voie d'analyse que dans notre première édition, quoiqu'on puisse rassembler aujourd'hui assez d'observations pour étayer son jugement sur cette nouvelle opération. Le but que se proposoit son Auteur étant d'augmenter la capacité du bassin, dans tous les cas de mauvaise conformation, au point de le rendre d'un libre accès au fœtus, et spécialement dans la circonstance où l'opération césarienne étoit indiquée exclusivement, nous nous attacherons d'abord à faire connoître l'ampliation qu'en reçoit ce canal, d'après des expériences multipliées sur le cadavre ; nous examinerons ensuite si le résultat des nombreuses observations que nous avons recueillies, est différent de celui que ces expériences annonçoient; enfin, si la section du pubis, non-seulement procure momentanément au bassin le degré d'ouver-

(1) La confiance de M. *Sigault* dans ce nouveau procédé étoit tellement diminuée dans ces derniers temps, qu'il se refusoit à le tenter lorsque le bassin ne lui offroit pas au moins deux pouces et demi de petit diamètre dans son entrée. Nous l'avons vu proposer l'opération césarienne chez une femme pour laquelle il nous appela en consultation, et que nous opérâmes en sa présence au mois de juillet 1785 ; et peu de jours avant sa mort, chez une autre, dont le bassin avoit au moins deux pouces et demi. *Voyez* d'ailleurs son observation concernant la femme *Vespres*.

ture nécessaire à l'accouchement, mais encore si l'exécution en est aussi facile, et si les suites en sont aussi simples qu'on l'a publié.

## SECTION PREMIÈRE.

*Des expériences qui annonçoient le degré d'ouverture que la section de la symphyse des os pubis devoit procurer au bassin, et les accidens qui devoient suivre cette opération sur la femme vivante.*

2001. Les écrits se sont tellement multipliés à l'occasion de la section du pubis, soit pour la recommander, soit pour la défendre, qu'ils composent plusieurs volumes et qu'il semble qu'on ne sauroit rien dire de plus. Nous avions essayé, dans notre Programme soutenu aux Ecoles de Chirurgie en 1776, de détruire l'opinion avantageuse qu'en avoient déjà quelques personnes dans un temps où son Auteur n'avoit encore osé la pratiquer (1). Après avoir combattu le sentiment des anciens, adopté par la plupart des modernes, sur l'écartement spontané des os du bassin dans l'accouchement soit naturel ou contre nature, et avoir démontré l'inutilité de cét écartement chez les femmes bien conformées, son insuffisance chez celles dont le bassin est vicié, et ses inconvéniens dans les unes et dans les autres, nous nous sommes attachés à prouver que celui qu'on obtenoit de la section de la symphyse du pubis, que M. *Sigault* sembloit alors n'évaluer qu'à douze ou quinze lignes au plus, ne pouvoit rendre le bassin assez spacieux pour le passage de l'enfant, quand sa mauvaise conformation exigeoit exclusivement l'opération césarienne.

---

(1) Ce Programme a pour titre : *An in partu, propter angustiam pelvis, impossibili, symphysis ossium pubis secanda?* 1776 : il est du 5 novembre, onze mois avant qu'on ne soumît la femme *Souchot* à cette nouvelle opération.

2002.

2002. Nous n'avons établi aucun parallèle entre ces deux opérations considérées du côté de leurs accidens, parce que l'observation n'avoit pas encore fait connoître ceux dont la section du pubis seroit susceptible. Nous avons pensé qu'il suffiroit de faire voir que cette nouvelle méthode ne pouvoit ouvrir une voie suffisante et assez libre pour mettre la vie de l'enfant en sûreté, et que de tous les accidens qui paroissoient devoir la suivre, celui-ci étoit le plus grand, puisque le but qu'on se proposoit étoit de conserver l'enfant, en épargnant les jours de la mère. L'expérience n'a pas tardé à confirmer notre jugement; chaque essai qu'on a fait de cette méthode ayant eu, pour ainsi dire, sa victime.

Ecartement qu'on croyoit pouvoir obtenir après la division de la symphyse.

2003. M. *Sigault* ignoroit à l'instant où il opéra la femme Souchot, de combien les os pubis pouvoient s'écarter après la section de leur symphyse : rien ne prouve au moins qu'il en fût alors instruit; quelques essais sur le cadavre, avant qu'il soutînt sa thèse aux Écoles de Médecine d'Angers, ne lui ayant montré qu'un écartement d'un pouce et quelques lignes (1). Comme ce fut sur ce foible produit qu'il établit tout les avantages de sa nouvelle méthode et la préférence qu'elle lui paroissoit mériter sur l'opération césarienne, nous avions borné l'écartement au même point dans nos premières expériences, et ce fut également d'après le peu d'accroissement qu'en reçurent les diamètres du bassin que nous prononçâmes contre cette opération, et que nous conclûmes qu'elle ne pouvoit être substituée à cette dernière opération.

2004. On a publié depuis, qu'on en obtiendroit constamment, sans efforts et sans danger, un écartement de deux pouces et demi; et c'est à ce terme

(1) *Quo facto*, dit-il, (*Symphyse sectâ*) *ossa pubis subitò plusquam pollice à se invicem recedunt, tuncque fœtus naturæ artisque viribus sollicitatus per canalem ampliatum in lucem incolumis educetur.* These soutenne aux Écoles d'Angers, en 1773.

même qu'on a dit l'avoir observé sur la plupart des femmes à qui l'on a tranché la symphyse du pubis. M. *Alphonse-le-Roy* qui avoit annoncé ce degré d'écartement, a soutenu peu de temps après, qu'il l'avoit porté à six lignes au-delà, sur deux femmes qu'il venoit d'opérer avec succès (1). Mais de nouvelles expériences, dont le résultat n'a été que trop confirmé par le fait même de la section du pubis, nous ont démontré à quel prix on pouvoit y prétendre, même à celui de deux pouces.

Résultat des expériences faites à ce sujet.

2005. Dans le temps où les papiers publics annonçoient chaque jour quelques nouveaux succès de cette opération, une maladie épidémique qui enlevoit à la Société beaucoup de ces femmes que la misère oblige d'aller faire leurs couches dans les hôpitaux, procura de fréquentes occasions de faire les mêmes expériences, sur-tout à l'Hôtel-Dieu de Paris, et chacun s'empressa d'en communiquer le résultat à l'Académie de Chirurgie : ce résultat ayant été assez constamment le même, nous ne rapporterons que quelques-unes de ces expériences.

2006. Le sujet étant placé sur le bord d'une table, les cuisses médiocrement écartées et soutenues par des aides, les os pubis se sont éloignés de trois à six lignes, à l'instant où la section a été faite. Ce n'est qu'en portant les cuisses fortement en dehors et jusqu'à leur faire décrire sur plusieurs femmes des angles droits avec le tronc, ou la forme de la lettre T, que nous avons pu obtenir un écartement de deux pouces et demi, encore a-t-il fallu tirer sur les hanches, dans le même sens qu'on écartoit les extrémités inférieures. Cet écartement n'a eu lieu sur aucune femme, sans que les symphyses sacro-iliaques ne se fussent déchirées, et ce déchirement, qui a commencé plutôt ou plus tard, a été plus ou moins

(1) Observations et Réflexions sur l'opération de la Symphyse et les Accouchemens laborieux, M. *Alph. le Roy*, Médecin de Paris, 1780.

considérable, selon la forme particulière du bassin sur lequel nous opérions, et que les symphyses même présentoient plus ou moins de souplesse.

2007. Sur un bassin dont le détroit supérieur n'avoit que trois pouces et un quart de petit diamètre, et cinq pouces de largeur transversalement, les os pubis étoient à peine écartés d'un pouce, qu'une des symphyses sacro-iliaques parut ouverte d'une ligne et demie, et l'autre d'une ligne seulement. L'écartement de la première s'est augmenté jusqu'à cinq lignes, et celui de la seconde jusqu'à trois et demie, le périoste s'en est détaché assez au loin, et leurs ligamens antérieurs se sont déchirés bien auparavant que l'éloignement des os pubis ne fût de deux pouces et demi. Dans une autre expérience sur un bassin de quatre pouces sept lignes de diamètre, du pubis au sacrum, et de quatre pouces trois quarts dans l'autre sens, les os pubis n'ont pu s'écarter de vingt-une lignes sans que le périoste ne se fût également détaché des symphyses sacro-iliaques, et ne se fût déchiré un pouce au-devant d'elles. Ces symphyses entre-ouvertes au point d'admettre le bout du doigt, s'écartèrent dans la suite de manière à recevoir librement l'extrémité du pouce.

2008. Nous avons remarqué pareillement dans ces expériences, répétées sur un grand nombre de femmes, que les os pubis parcouroient rarement un chemin égal en s'éloignant; ce qui a donné une ampliation différente au bassin, considérée du centre de la saillie du sacrum à l'angle de chacun de ces os. C'est aussi pour cette raison que les symphyses sacro-iliaques ne se sont pas toujours déchirées également. La différence que nous avons observée de l'écartement de l'une à celui de l'autre a été depuis deux lignes jusqu'à sept.

2009. La plaie extérieure, qui étoit de deux pouces et demi, s'est déchirée, dans tous ces cas, tant du côté de son angle supérieur que de l'inférieur, et

quelquefois de l'étendue de plusieurs travers de doigt.

De l'amplitation qu'a donné un écartement de deux pouces et demi.

2010. L'accroissement des diamètres du bassin n'a pas été le même dans ces diverses expériences, quoique l'écartement des os pubis fût de deux pouces et demi ; il a paru différent selon la forme particulière qu'affectoient primitivement les détroits, selon l'étendue respective de leurs diamètres, et le chemin qu'avoit parcouru chaque os pubis.

2011. Dans le premier bassin cité au §. 2007, la distance naturelle de l'angle du pubis droit au centre de la saillie du sacrum, s'est augmentée de cinq lignes et demie ; celle du pubis gauche, de deux lignes seulement, et le diamètre transversal en est devenu de dix lignes plus grand. Dans le second bassin, l'angle de chaque os pubis s'est éloigné de cinq lignes du centre de la saillie du sacrum, et l'accroissement du diamètre transversal a été le même que dans le premier. Nous avons remarqué à-peu-près la même chose dans toutes les expériences que nous avons faites.

2012. Le diamètre transversal du détroit inférieur s'est augmenté beaucoup plus que celui du détroit supérieur, et le haut de l'arcade du pubis s'est élargi presque toujours dans les mêmes proportions que les os se sont écartés.

2013. La forme intérieure du bassin étant la même par-tout, à de légères modifications près, et pouvant éprouver les mêmes altérations chez toutes les femmes, quel que soit le pays qu'elles habitent, ceux qui ont cherché, comme nous, à déterminer le produit de la section de la symphyse du pubis, ont dû trouver le même résultat. On remarque, dans les expériences de M. *Rippin*, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le temps où il suivoit mes leçons sur l'art des accouchemens, qu'un écartement d'un pouce entre les os pubis, n'a donné qu'une ligne et demie de plus au petit diamètre du détroit supérieur ; qu'il a fallu,

dans un autre cas, porter cet écartement à neuf lignes en sus, pour en obtenir le même produit ; tandis que six lignes d'ouverture sur un troisième bassin ont donné ce résultat, et qu'un écartement de deux pouces et un quart ne produisit que trois lignes et demie chez une autre femme encore. M. *Serin*, Chirurgien-Accoucheur à Strasbourg, ne trouva également que trois lignes de plus dans la direction du petit diamètre du détroit supérieur, quoiqu'il eût porté successivement l'écartement des os pubis à deux pouces et un quart ; et trois pouces ne lui donnèrent, sur ce même bassin, que six lignes. M. *Chevreul* n'eut que deux lignes pour résultat d'un écartement de deux pouces, et n'en obtint pas davantage en le portant jusqu'à trois pouces (1) ; tandis que deux pouces huit lignes produisirent, sous les yeux de M. *Desgranges* (2), six lignes et demie à sept lignes : dans ce dernier cas, le bassin n'avoit primitivement que deux pouces deux lignes de diamètre du pubis au sacrum, etc. etc. Tous ces Auteurs font mention également de l'altération et du déchirement des symphyses sacro-iliaques, quoique quelques-unes de leurs expériences eussent été faites à l'instant de la mort, et sur des femmes infiltrées, ou qu'on venoit de délivrer au moyen de l'opération césarienne.

2014. Excepté ce désordre dans les symphyses sacro-iliaques, les partisans de la section du pubis ont reconnu et admis les résultats dont nous venons de parler, quoiqu'il ne dût pas leur paroître suffisant pour la plupart des cas dans lesquels ils croyoient cette opération recommandable. Les os pubis, dit M. *le Roy*, se portent d'autant plus en-devant qu'ils sont plus éloignés l'un de l'autre après la section de leur symphyse. A un pouce d'ouverture, ils divergent

(1) M. *Chevreul*, Cirurgien à Angers : expériences communiquées à l'Académie de Chirurgie.

(2) Chirurgien très-connu du Collège de Lyon.

en-devant de deux lignes ; à deux pouces, d'après les observations de M. *Lauverjat*, ils divergent de cinq lignes ; et à deux pouces et demi, ils se portent en-devant de huit lignes ; ...... ils divergeroient en-devant d'un pouce au moins, dans le cas d'un écartement de trois pouces (1)

2015. Il paroît clairement, d'après le résultat de tant d'expériences, que le petit diamètre du détroit superieur, qui est celui qui met le plus constamment obstacle à l'accouchement, ne peut s'accroître que de quatre à six lignes, au moyen d'un écartement de deux pouces et demi de la part des os pubis ; ce qui ne sauroit, dans tous les cas, faire cesser la disproportion qui existe entre ce diamètre et celui que la tête de l'enfant doit y présenter, quand même on pourroit obtenir sans inconvéniens cet écartement de deux pouces et demi sur la femme vivante. *Deventer* et *Roéderer* avoient annoncé cette importante vérité, que l'observation a confirmée tant de fois depuis la découverte de M. *Sigault*. Ce n'est pas de l'écartement des os pubis, dit le premier, qu'on doit attendre l'ampliation nécessaire à l'accouchement, mais de la rétrocession du sacrum, soit en totalité, soit en partie (2) : *Roéderer* ajoute que l'écartement des os pubis ne peut augmenter que le diamètre transversal du bassin (3)

Première objection contre les expériences ci-dessus.

2016. Quelques partisans de la section du pubis objectent que les expériences qui ont donné ce résultat, ne pouvoient faire connoître au juste le produit d'un écartement de deux pouces et demi chez la femme vivante et sur des bassins mal conformés, soit qu'on le considère du côté de l'ampliation du canal, ou de l'altération des symphyses sacro-iliaques, parce qu'elles

(1) Rech. hist. et pratiq. sur la sect. de la symph. du pub., pag. 71 et 72.
(2) Deventer, *Novum lumen exhib. obstet*, page 18.
(3) Roéderer, *Element. obst.* §. 28, page 8.

ont eté faites sur le cadavre, et presque toutes sur des bassins de grandeur naturelle, et bien conformés. Une observation funeste a dû leur démontrer peu de temps après que les symphyses dont il s'agit n'étoient pas exemptes de rupture sur la femme vivante, et que l'opération qu'ils préconisoient tant, ne pouvoit rendre le bassin très-défectueux, assez large pour le libre passage de l'enfant : puisqu'on a remarqué sur la femme Vespres, où l'écartement des os pubis n'a été que de dix-huit lignes, à-peu-près les mêmes désordres qu'on avoit observés sur les cadavres qui ont servi à ces expériences. C'est par erreur, ou par modération, qu'on a inséré dans le procès-verbal de visite après la mort de cette femme, que les symphyses postérieures *étoient intactes, que le périoste en étoit seulement détaché de l'étendue de sept lignes, et les os désunis* (1). Ces symphyses déjà manifestement altérées, quoique l'écartement des os pubis n'eût été que de dix-huit lignes, seroient-elles restées aussi *intactes* si ces mêmes os se fussent éloignés de deux pouces et demi (2) ?

2017. Le produit de la section du pubis, considéré dans la direction du petit diamètre du détroit supérieur, doit être d'autant plus grand, selon l'opinion des plus zélés défenseurs de cette opération, que ce détroit sera naturellement plus resserré dans cette direction : ce qui est généralement vrai. Mais s'agit-il ici de déterminer un produit géométrique avec la plus grande précision? N'est-ce pas relativement à l'excédent du volume de la tête de l'enfant qui ne peut traverser les détroits du bassin de la mère, qu'il faut considérer celui de la section du pubis, et sur ce produit relatif qu'il falloit établir les avantages de cette nouvelle opé-

Seconde objection sur nos expériences.

(1) *Voyez* les remarques de M. *Iauverjat*, au sujet de cette opération, intitulée : *Examen d'une brochure qui a pour titre ; Procès-verbaux et Reflexions à l'occasion de la Section de la symphyse, etc.*

(2) Nous rapporterons dans la suite beaucoup d'autres faits à l'appui de celui de la femme Vespres.

ration ? Admettons que le petit diamètre du détroit supérieur s'augmente de huit lignes dans le bassin où il n'a primitivement qu'un pouce et demi d'étendue, au lieu de quatre à cinq lignes d'ampliation qu'un pareil écartement lui procure dans un bassin de trois pouces, qui offre à-peu-près le terme moyen de la mauvaise conformation, que pourra-t-on en conclure ? Lequel de ces deux bassins deviendra le plus propre à l'accouchement ? Sera-ce le premier, parce qu'il aura reçu huit lignes d'ampliation du pubis au sacrum, ou celui qui n'aura obtenu que quatre à cinq lignes ? En accordant aux partisans de l'opinion que nous combattons, que l'accroissement du petit diamètre du détroit supérieur soit d'autant plus grand après la section du pubis qu'il aura primitivement moins de longueur, ils seront encore forcés de convenir que cette opération fera cesser d'autant moins le défaut de rapport de dimensions qui s'oppose à l'accouchement, que le bassin sera plus resserré. Un exemple va mettre cette vérité hors de doute.

2018. Supposons un bassin dont l'entrée n'a de petit diamètre que quatorze à quinze lignes, tel qu'on le voit sur notre seizième planche, et qu'au moyen d'un écartement de deux pouces et demi, les angles des os pubis s'éloignent de neuf lignes au-delà de leur distance naturelle du centre de la saillie du sacrum, ainsi qu'on le remarque sur la même planche ; admettons même que le petit diamètre de ce bassin, prolongé dans l'écartement des os pubis, jusqu'au point où l'on assure avoir engagé la tête de l'enfant, s'accroisse d'un pouce, au lieu de sept à huit lignes (1), quel sera le rapport qui existera alors entre ce diamètre et le plus petit que la tête puisse y présenter ? Si l'on accorde à celle-ci une épaisseur ordinaire, qui est d'environ trois pouces et demi, il est évident que le défaut de proportion sera

(1) Voyez l'explication de la planche indiquée.

encore de seize lignes après la section de la symphyse et l'écartement des os pubis ; c'est-à-dire, que le plus petit diamètre de la tête surpassera encore de cette étendue le petit diamètre du bassin. Quel sera donc le fruit de cette opération dans un cas semblable ? Quelles en seront les suites sur un bassin qui seroit beaucoup plus étroit encore, puisqu'il en existe ? Les Auteurs de cette opération prouvent clairement, à leur manière, qu'un écartement de deux pouces et demi doit procurer au bassin toute l'amplitude nécessaire au passage de l'enfant, quand le diamètre n'est en défaut que de douze à quatorze lignes.

2019. Dans l'accouchement de la femme *Souchot*, un des côtés de la tête s'est engagé dans l'écartement des os pubis au point de paroître au-dehors, si l'on ajoute foi au récit du confrère de M. *Sigault*. Dans la femme *du Belloy*, opérée le 24 Juillet 1779, c'est l'occiput que M. *le Roy* dit y avoir engrainé ; mais ce même Accoucheur n'a rien fait de semblable chez la femme *Julie Collet* (1), quoique la tête de l'enfant fût beaucoup plus grosse, et l'écartement des os pubis moins grand que chez cette dernière. En supposant qu'une partie de la tête puisse s'engager réellement entre les os pubis, ce ne seroit au plus que de quelques lignes, et c'est en l'admettant, quoique rien ne soit moins assuré, que nous avons accordé un pouce d'accroissement au petit diamètre du bassin pris pour exemple dans le paragraphe précédent.

---

(1) Cette femme a été opérée également par M. *le Roy*, sept jours avant la femme du Belloy.

## SECTION II.

*Sources capitales de l'opinion favorable qu'on a eue, trop prématurément, de la section du pubis ; et de l'erreur de ses partisans.*

Du produit que devoit donner la section du pubis pour remplir son objet.

2020. Le but qu'on se proposoit dans la section de la symphyse du pubis étant de rendre le bassin mal contourné, assez spacieux pour donner un libre passage à l'enfant, l'on ne devoit attendre cet avantage que de l'accroissement des diamètres qui manquoient de l'étendue nécessaire. Le plus souvent un seul des diamètres du bassin est affecté de ce vice, et presque toujours c'est celui du détroit supérieur, qui s'étend du pubis à la saillie du sacrum. Ce n'est pas le contour intérieur du bassin mal conformé qu'il faut augmenter, mais ce diamètre seulement. Dans la plupart des cas, il faudroit faire tourner entièrement à son profit tout le produit de l'écartement des os pubis, pour faire cesser le défaut de proportion qui s'oppose à l'accouchement : encore, un accroissement de deux pouces et demi ne seroit-il pas toujours suffisant ; puisqu'il existe des bassins qui n'ont que quatorze lignes de petit diamètre, d'autres dix seulement, et même six. Qu'arrivera-t-il donc, dans tous ces cas, si ce diamètre, loin de s'accroître de deux pouces et demi, ne reçoit que la sixième ou la septième partie de cet accroissement, et si le reste du produit de l'écartement des os pubis est à l'avantage des diamètres déjà trop grands, ou tout au moins dont l'étendue étoit suffisante ?

2021. Ce n'est pas la circonférence, ou le contour intérieur de l'espèce d'ellipse que forme le détroit supérieur trop resserré de devant en arrière, qui manque d'étendue relativement à l'accouchement dans la plupart des bassins mal conformés, même dans ceux qui paroissent les plus irréguliers. Un bassin dont l'entrée n'a qu'un pouce et un quart de petit diamètre, et cinq

pouces d'un côté à l'autre, comme celui que représente la planche XVI, auroit presque tout le développement nécessaire à l'accouchement, si sa forme irrégulière pouvoit changer et devenir ronde: car il ne faut à la rigueur pour le passage de la tête d'un enfant de volume ordinaire, qu'une ouverture de dix pouces et demi à onze pouces de développement. Mais dans l'état où est ce bassin, il s'en faut de deux pouces quatre lignes que le diamètre qui va du pubis au sacrum supérieurement ne soit aussi grand que celui de la tête du fœtus, qu'on estime communément de trois pouces et demi, et qui doit passer dans cette direction.

Source d'erreurs.

2022. C'est l'ignorance, ou le mépris de ces vérités, qui a trompé le plus grand nombre des partisans de la section du pubis. Éblouis par les apparences, ils ont cru qu'un écartement de deux pouces et demi feroit cesser un pareil défaut de proportion entre le petit diamètre du bassin et celui de la tête de l'enfant, et qu'un moindre écartement devoit conduire au même but, quand le détroit se trouve moins resserré. Les plus petites notions en géométrie auroient pu dessiller leurs yeux et dissiper l'illusion. La source de cette erreur est clairement exprimée dans une observation communiquée à l'Académie de Chirurgie, par M. *Siebold*, Professeur en Médecine, d'Anatomie, de Chirurgie, et en l'Art des accouchemens à l'Hôpital de Wurtzbourg.

Expériences de M. Siebold.

De nombreuses expériences, bien antérieures au premier succès de la section du pubis, faites par M. *Sigault*, avoient appris à ce Chirurgien qu'on pouvoit obtenir un écartement de dix-huit lignes; savoir, six lignes spontanément après la section, et un pouce artificiellement ou en éloignant les cuisses du sujet: mais que ce dernier devoit être dangereux sur la femme vivante, à cause des déchiremens intérieurs, tant du côté du col de la vessie, que des symphyses sacro-iliaques. D'après ces observations, il crut pouvoir fixer les bornes dans lesquelles devroient être circonscrites les trois méthodes suivantes d'accoucher; savoir, l'usage

du forceps, la section de la symphyse du pubis, et l'opération césarienne; et déterminer en même temps les cas où l'une d'elles seroit indiquée à l'exclusion des deux autres. Voici comment il s'exprime.

Opinion de M. Siebold.

2023. « D'après le résultat de mes expériences, dit » M. *Siebold*, j'ai cru pouvoir conclure qu'une con- » noissance exacte du degré d'étroitesse actuelle du » bassin, de sa proportion avec la grosseur de la tête » de l'enfant, et de la valeur d'amplitude à obtenir » pour un heureux passage, pouvoit devenir un guide » infaillible à l'Accoucheur, pour se décider dans tous » les cas à l'emploi nécessaire et absolu de l'un des » trois moyens indiqués, à l'exclusion des deux autres; » savoir, continue-t-il, pour six lignes et au-dessous, » le forceps de M. *Levret*; de six à dix-huit, et même » vingt lignes, la section du pubis; et au-delà de ce » terme, l'opération césarienne (1) ». On remarque ici que l'auteur est dans l'opinion qu'on peut comprimer la tête de l'enfant à-peu-près de l'étendue de six lignes, avec le forceps de M. *Levret*, auquel il donne la préférence; et qu'il seroit extrêmement dangereux de porter l'écartement des os pubis au-delà de dix-huit à vingt lignes. « Je sais bien, ajoute-t-il, que M. *Sigault* » et d'autres prétendent avoir obtenu deux pouces et » même deux pouces et demi passés : mais ici je ne » dois raisonner que d'après mes propres expériences » qui m'ont toujours donné le même résultat, tant » sur les cadavres, que sur le sujet vivant que j'ai » opéré »

Section du pubis faite par M. Siebold.

2024. Ce fut d'après ce plan que M. *Siebold* fit la section du pubis à une femme de trente-cinq ans, le 4 février 1778. Elle avoit déjà eu sept enfans, tous nés morts, dont six étoient venus naturellement, et le septième avoit été arraché par morceaux. Le bassin

(1) Ce passage est pris dans l'observation de M. *Siebold*, qu'un étranger m'a communiquée avant qu'elle ne fût présentée à l'Académie de Chirurgie.

de cette femme ayant trente-trois lignes d'ouverture du pubis au sacrum, et l'augmentation d'amplitude nécessaire au passage de l'enfant se trouvant par-là déterminée *à un pouce ou quinze lignes au plus* (1), il n'hésita pas, dit-il, à faire la section du pubis. Elle fut laborieuse, ajoute-t-il, parce qu'il fallut employer la scie pour séparer les os, entièrement soudés par l'ossification de leur symphyse. Il retourna l'enfant et l'amena par les pieds, mais avec tant de difficulté, qu'il fut obligé de lui comprimer la tête *fortement et sans miséricorde* (2) ; qu'il se crut plus d'une fois au terme de l'art ; qu'il regretta vivement, *comme je m'en repens peut-être encore*, continue-t-il, de s'être laissé séduire aux appâts de l'opération nouvelle, et de ne pas lui avoir préféré l'opération césarienne. Malgré les accidens qui suivirent cette opération, la femme s'en retira très-bien.

2025. On sera sans doute surpris qu'un homme tel que M. *Siebold*, que le mérite semble avoir élevé aux plus dignes emplois de son art, ait cru pouvoir augmenter de douze à quinze lignes le petit diamètre de l'ellipse que formoit l'entrée du bassin de la femme qui fait le sujet de son observation, en écartant les os pubis seulement de quinze à vingt lignes. Ses expériences auroient dû le mettre à couvert de cette erreur, et lui découvrir les vérités importantes que nous venons d'établir, s'il n'eût été déjà prévenu favorablement pour cette nouvelle opération. En accordant une forme circulaire au détroit supérieur, et en supposant qu'il la conservât après la section du pubis, M. *Siebold* ne devoit attendre d'un pareil écartement

(1) M. *Siebold* n'accorde cependant que trois pouces et demi de petit diamètre à la tête de l'enfant, mais il n'ignore pas que quelques-uns l'ont plus grosse ; c'est pourquoi il en porte ici l'excédent sur le détroit du bassin, au plus haut.

(2) M. *Siebold* présuma dans ce moment que l'enfant étoit mort avant l'opération.

que six lignes au plus d'amplitude pour le diamètre dont il s'agit ; mais il s'en falloit de beaucoup qu'il pût les acquérir, comme on l'a démontré ci-devant. Si un homme véritablement instruit n'a pu résister *aux appâts* de cette nouvelle méthode d'accoucher, malgré les expériences auxquelles il s'étoit livré avant qu'il n'eût entendu parler des premiers succès de cette opération, faut-il s'étonner du grand nombre de ses partisans, et de ce qu'on l'a pratiquée tant de fois en si peu de temps ? La plupart n'avoient jamais été à même d'en examiner le produit sur le cadavre ; et une Faculté presque entière, d'après le témoignage de quelques-uns de ses membres, assuroit qu'elle étoit aussi sure dans ses effets que facile à pratiquer.

Le contour du bassin ne s'accroît pas de toute l'étendue de l'écartement des os.

2026. Non-seulement le produit de l'écartement des os pubis, dans aucun cas, ne peut tourner entièrement à l'avantage du petit diamètre du détroit supérieur ; mais on seroit encore dans l'erreur si on pensoit que le contour intérieur du bassin s'augmentât exactement de toute l'étendue de cet écartement, comme le feroit un cercle formé d'une seule pièce. Le rapport des trois os qui forment le détroit supérieur, et la manière dont le sacrum est enchâssé entre les os des îles, prouvent évidemment la vérité de cette nouvelle assertion. L'on ne peut écarter les os pubis, que la partie postérieure des os des îles ne presse la base du sacrum de derrière en devant, et ne la porte un peu en dedans. La situation qu'on donne à la femme pendant l'opération, tend également à produire cet effet, puisque c'est alors la partie postérieure du bassin qui est appuyée sur le bord du lit, la pression qu'exerce l'enfant en dedans, ne pouvant contre-balancer cet effort. Nous avons supposé néanmoins, dans toutes nos expériences, que la base du sacrum étoit immobile, afin de considérer le produit de la section du pubis sous le rapport le plus favorable à l'opinion de ses partisans.

2027. Pour exprimer les principales vérités que

nous venons d'établir concernant cette nouvelle opération, et les rendre sensibles par la démonstration même aux yeux de ceux qui se refuseroient à l'évidence du raisonnement, nous avons fait dessiner deux bassins, dont la mauvaise conformation auroit exigé l'opération césarienne exclusivement à toute autre méthode connue avant la section du pubis, quoiqu'ils ne présentent pas encore l'image de la plus grande défectuosité, puisqu'il en existe de plus étroits que nous eussions préférés, si nous avions pu nous les procurer (1). Si nous parvenons à démontrer l'inutilité et le danger de la section du pubis dans le cas de semblables bassins (2), il sera facile de prononcer sur sa véritable valeur, à l'égard des femmes chez lesquelles ce canal seroit encore plus défectueux.

2028. Nous n'espérons cependant pas ramener à notre sentiment tous ceux qui ont été séduits par la nouveauté de cette opération, et par les louanges peu méritées qu'on a prodiguées à ses Auteurs, parce qu'il en coûte trop à quelques personnes pour abjurer leurs erreurs, même lorsqu'elles sont involontaires ; mais nous serons satisfaits si nous pouvons fixer l'opinion des jeunes gens qui n'ont encore pris aucun parti et qui n'attendent qu'une décision éclairée. Nous appellerons en leur faveur, à l'appui de tout ce que nous venons de dire, les faits épars qu'ils ne pourroient recueillir eux-mêmes, et nous les examinerons

(1) M. *Camper*, Médecin Hollandois, écrivit, il y a quelques années, qu'il venoit de pratiquer l'opération césarienne a une femme, qui étoit morte quelques heures après, dont le bassin n'avoit pas un pouce de petit diamètre. M. *Louis* fit part de la lettre de ce Médecin, à l'Académie de Chirurgie. Le celèbre M. *Villiam Hunter* en conservoit plusieurs qui ne sont pas moins contrefaits ; l'un d'eux n'offrant que cinq huitièmes de pouce, c'est-à-dire, six lignes et demie, ou à-peu-près, de petit diamètre ; un autre, onze lignes, etc.

(2) Dans l'un de ces bassins, le petit diamètre do détroit supérieur est de deux pooces six à sept lignes, et dans le second, de quatorze à quinze lignes seulement. *Voyez la XVe. et XVIe. planches, et leur explication.*

sans prévention, quoiqu'on nous eût taxé d'y en avoir mis beaucoup dans notre première édition, et d'y avoir même substitué de la mauvaise foi.

## SECTION III.

*Des principaux faits qui concernent la section de la symphyse du pubis.*

2029. Si l'on ne s'est proposé d'autre but que de conserver la mère et l'enfant, en pratiquant cette nouvelle opération, elle n'a eu de succès qu'autant qu'elle l'a rempli parfaitement. Il ne suffisoit pas pour lui en accorder, comme l'ont fait la plupart de ses défenseurs, qu'un de ces deux individus eût donné de foibles signes de vie en naissant, ou que l'autre y eût survécu quelques instans, même quelques jours; car en le prenant dans un sens aussi peu resserré, l'opération césarienne, sur un nombre égal de femmes, auroit eu bien plus de succès que la section du pubis, puisqu'elle met constamment à couvert les jours de l'enfant, et qu'il est excessivement rare que la femme y succombe dès les premiers momens.

2030. Parmi ceux qu'on attribue à la section du pubis, et qui sont en bien petit nombre encore respectivement à celui des femmes qu'on a soumises à cette opération, à peine s'en trouve-t-il un seul qui ne puisse être justement contesté, ou contre lequel on ne puisse faire de solides objections, soit parce que leurs Auteurs se sont trompés dans l'estimation des diamètres du bassin de la femme et de ceux de la tête du fœtus, en accordant à ces derniers plus d'étendue qu'ils en avoient, et aux premiers souvent beaucoup moins, soit parce qu'ils ont mis la plus grande exagération dans l'évaluation de l'écartement qu'ils assurent avoir obtenu de la part des os pubis. Puisque la nécessité d'une pareille opération ne peut être déterminée que par l'excédent des diamètres de la tête

de

de l'enfant sur ceux du bassin de la mère ; que ses avantages, ses inconvéniens, ses succès enfin sont subordonnés à ce rapport primitif de dimensions, et au degré d'écartement des os pubis, nous tâcherons de faire connoître quels ont dû être l'un et l'autre, pour apprécier l'emploi qu'on a fait de cette nouvelle méthode, et les succès les plus frappans qu'elle a eus. Nous n'entrerons pas dans le même détail à l'égard de chaque fait, parce que le nombre de ceux qu'on a recueillis est très-grand ; nous nous arrêterons spécialement à quelques-uns qui nous sont mieux connus. Il suffira d'expliquer pourquoi le succès qu'on se promettoit de l'opération a eu lieu dans un cas, tandis qu'elle a pleinement manqué son but dans un autre, pour que tous ceux dont nous ferons mention se classent facilement et se rangent dans l'ordre qui leur convient. Nous examinerons, par exemple, le fait qui a rapport à la femme *Souchot*, et celui qui concerne la femme *Vespres*, toutes deux opérées par M. *Sigault*, parce que l'un présente le succès attendu, et l'autre, l'ensemble de tous les désordres qui paroissoient devoir résulter d'une pareille opération, dans le cas où la mauvaise conformation du bassin met les plus grands obstacles à l'accouchement, et ne laisse véritablement de ressource que dans l'opération césarienne ; cas qui est exclusivement celui pour lequel on avoit d'abord recommandé la section du pubis.

2031. Ce premier succès, auquel nous nous attachons spécialement, a été vivement discuté par tous les Écrivains qui se sont élevés contre la nouvelle opération, et l'on n'a pas craint de publier qu'on ne l'avoit obtenu que parce que cette opération n'étoit pas nécessaire chez la femme *Souchot* ; mais en s'avançant à ce point, on n'a rien prouvé, et on a laissé subsister dans toute sa force l'argument que fournissoient en faveur de la défectuosité du bassin, les quatre premiers accouchemens dans lesquels l'enfant a constamment été sacrifié, quelque soin qu'on

*Faits qui concernent M. Sigault.*

eût donné à sa conservation. Nous n'entreprendrons pas de prouver si cette opération étoit inutile ou nécessaire, si la femme pouvoit être accouchée de toute autre manière avec moins d'inconvéniens pour elle, et le même avantage pour son enfant (1), mais seulement comment la section du pubis qui a été pratiquée, a pu rendre accessible au cinquième enfant de cette femme, un passage qui avoit été funeste aux quatre premiers.

2032. Quel que soit l'écartement qui a eu lieu de la part des os pubis après la section de la symphyse, il a dû augmenter la largeur de ce passage ; c'est un fait incontestable : mais de combien l'a-t-il élargi dans le sens où il se trouvoit primitivement trop étroit ? C'est ce point qu'il est important de discuter. La solution du problême deviendroit facile, si l'on connoissoit aussi bien les dimensions du bassin de la femme *Souchot*, qu'on a connu celles de la tête de son enfant. D'après l'estimation qu'en ont faite les Médecins qui ont opéré cette femme, le diamètre du bassin n'a que deux pouces et demi dans la direction du pubis au sacrum supérieurement (2), et celui de la tête de l'enfant avoit trois pouces et demi juste. L'excédant de ce dernier se trouvoit conséquemment d'un pouce, ainsi que l'amplitude à procurer au premier. Un écartement de deux pouces et demi entre les os pubis, le

---

(1) La circonstance n'étoit pas de celles qui laissent le choix entre plusieurs méthodes. L'enfant présentoit les pieds, il falloit les dégager, et le forceps ne pouvoit être employé qu'après la sortie du corps. On sait que cette espèce d'accouchement est dangereuse pour l'enfant, quand le bassin est mal conformé : celui de la femme *Souchot* l'est véritablement.

(2) MM. *Sigault* et *Alph. le Roy* s'appuient du témoignage de M. *Levret*, et de plusieurs autres Accoucheurs connus. Si M. *le Roy* n'a mesuré, comme il le dit, que deux pouces et demi juste depuis la saillie du sacrum jusqu'au bord inférieur de la symphyse du pubis, il ne devroit pas accorder la même étendue au petit diamètre du détroit supérieur, qui est constamment de quelques lignes plus court que cet espace. *Voyez* notre premier volume, §. 132.

plus grand qu'on croyoit alors pouvoir obtenir, ne pouvant donner au plus que six lignes au diamètre du bassin dans le sens indiqué, on imagina d'engrener de celui de la tête, l'excédant encore, dans l'écartement même des os, et on eut de plus le soin de faire passer les protubérances pariétales successivement à travers le détroit, pour se ménager une autre ligne en sus ; de sorte que dans ce système, la section du pubis a produit un résultat de treize lignes au moins, en le considérant respectivement à l'accouchement. Malgré cette ingénieuse combinaison et ce grand produit, la voie se trouva néanmoins assez étroite encore pour apporter quelques obstacles à la sortie de la tête, et mettre la vie de l'enfant en danger (1).

2033. Il paroît évident que ce plan n'a été rédigé qu'après coup, et qu'on n'a cherché qu'à expliquer ce qu'on a dû faire, dans l'opinion où l'on étoit qu'il y avoit un pouce d'excédant de la part du diamètre de la tête du fœtus sur celui du bassin, et non pas ce qu'on a fait et observé, parce que personne n'avoit encore déterminé le produit d'un écartement de deux pouces et demi entre les os pubis à l'égard des différens diamètres du bassin, et spécialement de celui qui va de devant en arrière, parce qu'on n'a pas mesuré cet écartement, comme on assure l'avoir mesuré (2), ni dans le cas de la femme *Souchot*, ni dans aucun autre, parce que les Accoucheurs de cette femme étoient alors *émus, et très-émus*, comme ils en ont publiquement fait l'aveu ; enfin, parce que ce grand produit et ces sages combinaisons qu'on

(1) On a oublié sans doute de publier ces petits détails, que M. *le Roy* nous a communiqués verbalement dans le temps ; ainsi qu'à beaucoup d'autres personnes.

(2) C'est en présentant, à l'écartement, la tête du métacarpe, les doigts étant fléchis, que M. *le Roy* en détermine l'étendue, comme tout le monde le sait, d'après ses écrits : laissons à chacun à apprécier ce procédé.

admire dans leurs observations, n'étoient pas nécessaires alors.

2034. S'ils n'ont accordé que deux pouces et demi de petit diamètre au détroit supérieur, des Accoucheurs également instruits lui ont assigné six lignes de plus, et nous assurons qu'ils ne se sont pas trompés s'ils ont considéré ce diamètre en suivant la ligne un peu diagonale selon laquelle se présente constamment le plus petit des diamètres de la tête du fœtus, c'est-à-dire, en partant de l'un des côtés de la saillie même que forme la base du sacrum, pour se rendre à la symphyse du pubis. M. *le Roy*, que nous citerons ici plus souvent que M. *Sigault*, a fait cette observation comme nous, et s'exprime aussi clairement, en disant que « le diamètre transverse de la tête qui » répond à celui de devant en arrière de l'ouverture » supérieure du bassin, ne passe point comme le » grand diamètre qui s'avance d'une manière oblique » qui s'approche presque de la perpendiculaire; qu'il » est vrai qu'une bosse pariétale descend avant l'autre » et un peu sur le côté du sacrum; de cette sorte, » ajoute-t-il, qu'un bassin qui, dans son diamètre de » devant en arrière, a une à deux lignes de moins que » le diamètre transverse de la tête, peut livrer passage » au moyen de ce mécanisme (1). »

2035. Nous avons examiné le bassin de la femme *Souchot* à plusieurs reprises, en présence de plus de quarante-cinq Elèves. Les pelvimets de MM. *Coutouly* et *Trainel* y ont été développés successivement : l'un et l'autre de ces instrumens ont donné le même résultat, et n'ont fait que confirmer celui que nous avions obtenu de l'application du doigt et du compas d'épaisseur. Appuyés sur la grande convexité de la saillie du sacrum, nous n'avons pu les développer librement que de deux pouces six à sept lignes; mais inclinés

(1) *Voyez* M. *Alph. le Roy*. Rech. historiq. et pratiq. sur la sect. de la symph. du pubis, page 69 et suiv.

vers le côté gauche de cette saillie qui est très-déjetée sur le côté droit de la femme ; leur développement a été jusqu'à trois pouces. Comme c'est selon cette ligne que se présente communément le diamètre transverse de la tête du fœtus, ou qu'on doit le diriger dans les cas difficiles, on peut assurer, sans crainte de se tromper, que le petit diamètre du bassin de la femme *Souchot* est de trois pouces relativement à l'accouchement. Nous remarquerons de plus que ce bassin est très-vaste inférieurement, et qu'aucun autre ne nous paroît mieux conformé à cet égard. Il est aisé maintenant de déterminer de combien se trouvoit l'excédant du diamètre de la tête du fœtus sur celui de ce bassin, ainsi que le degré d'amplitude à procurer à ce dernier, et quel a dû être l'écartement qui l'a procuré.

2036. La tête de cet enfant n'offrant, au quatrième jour de la naissance, que trois pouces quatre lignes d'épaisseur d'une protubérance pariétale à l'autre, l'excédant de cette épaisseur sur le diamètre du bassin de la mère, n'étoit donc que de quatre lignes. Ce n'est qu'au mépris de la vérité qu'on a osé publier que l'épaisseur de la tête dont il s'agit étoit plus grande à l'instant même de l'accouchement, et qu'elle étoit alors de deux lignes en sus (1). Le casque osseux change constamment de forme en traversant un détroit un peu resserré ; il s'aplatit plus ou moins d'un côté à l'autre, selon le resserrement de ce détroit, et le fait plus facilement ou plus difficilement, suivant que les os pariétaux et autres ont plus ou moins de solidité et sont liés entre eux d'une manière plus lâche ou plus serrée. La tête ne présente jamais moins d'épaisseur qu'à l'instant où elle vient de traverser ce détroit, et reprend ensuite plutôt ou plus tard celle qu'elle avoit perdue dans son passage. Si la face de l'enfant se flétrit et maigrit dans les premiers jours, le casque osseux

(1) *Voyez* M. *Alph. le Roy*, brochure déjà citée, page 61.

ne perd rien de ses dimensions (1). Nous n'avons vu cet enfant qu'au treizième jour de sa naissance, et sa tête nous a paru présenter éminemment les conditions requises à la facilité de ce changement de forme. Toute l'habitude extérieure de cet enfant offroit un caractère d'immaturité qui ne se remarque généralement que chez les enfans du terme de huit mois, et il n'étoit pas plus gros que ne le sont ceux-ci, sans qu'on puisse l'attribuer au dépérissement dans lequel on le disoit tombé.

2037. Pour accorder qu'il y eût quatre lignes d'excédant de la part du diamètre transverse de la tête sur celui du bassin de la mère, il faudroit supposer que la tête du fœtus fût incapable de changer de forme et de dimensions, et qu'elle ne pût éprouver la réduction que nous venons d'annoncer ; il faudroit, ainsi que l'ont fait les partisans de la section du pubis, la considérer sous l'aspect d'un corps véritablement solide. Comme on ne peut déterminer au juste le degré de compression dont elle étoit susceptible d'une bosse pariétale à l'autre, ni celui qu'elle a éprouvé en passant à travers le détroit, quoique interrompu dans sa partie antérieure par la section de la symphyse et l'écartement des os, on ne nous taxera pas d'exagération en ne la supposant que de deux lignes. Dans cette supposition, l'excédant du diamètre n'étoit plus que de deux lignes, de même que le degré d'amplitude à procurer à celui du bassin.

2038. Un écartement d'un pouce entre les os pubis va paroître plus que suffisant pour faire cesser cette disproportion ; nous en appellerons au témoignage même de ceux qui assurent l'avoir porté jusqu'à deux et demi sur la femme *Souchot*. A un pouce, dit M. *le Roy*, les pubis divergent en devant de deux lignes (2) ; et ailleurs, si le bassin ne se fût ouvert en

---

(1) M. *le Roy* paroît dans l'opinion contraire. *Voyez* page 61.

(2) Rech. historiq. et pratiq. sur la sect. de la symphyse, page 71.

devant que d'un pouce, il ne se fût engrené qu'une petite portion de la tubérosité pariétale, ce qui n'eût pas opéré plus de trois lignes de diminution au diamètre transverse de la tête (1). N'est-ce pas convenir d'un résultat de cinq lignes ou environ, dans le sens où il prétend en avoir obtenu treize d'un écartement de deux pouces et demi ? En n'admettant qu'un résultat de deux lignes, tel qu'on l'a généralement obtenu dans toutes les expériences qu'on a faites, ces deux lignes suffisoient au passage de l'enfant, en supposant même qu'une bosse pariétale ne se fût pas engrenée entre les os, et que la tête n'eût éprouvé que deux lignes de réduction selon son diamètre transversal. Un plus grand écartement chez la femme *Souchot* auroit procuré plus de facilité qu'on en a eu à extraire l'enfant.

2039. Si l'on ne peut inférer de ces nouvelles réflexions que la section du pubis n'a eu de succès sur la femme dont il s'agit, que parce que le bassin étoit primitivement assez grand pour le passage du cinquième enfant, comme on l'a répété de toutes parts, du moins serviront-elles à faire apprécier ce succès et tous ceux de son espèce ; car il n'existe pas un seul fait où l'on ait conservé la mère et l'enfant, auquel on ne puisse les appliquer. Ces succès n'en imposeront à l'avenir qu'à la multitude qui ignore encore que le danger de la section du pubis, pour la femme, ne provient que du grand écartement des os ; et qu'on peut éloigner ceux-ci jusqu'au terme d'un pouce, sans qu'il en résulte de lésions mortelles dans les parties circonvoisines. Mais que produira ce foible écartement dans un bassin resserré au point de n'avoir aucune proportion avec la tête du fœtus, comme dans le cas où il exige l'opération césarienne ?

---

(1) Recherches historiques, etc. page 70.

2040. Toutes les femmes opérées par M. *Sigault* n'en ont pas retiré le même avantage que celle dont nous venons de parler, quoique leur bassin, excepté celui de la femme *Vespres*, parût aussi favorable au succès de l'opération. Si elles en éprouvèrent des suites moins fâcheuses que la femme *Souchot*, elles perdirent leurs enfans dans les efforts qu'il fallut encore faire pour les extraire, malgré le développement qu'avoit dû procurer l'écartement des os pubis. La femme *Blandin*, opérée en 1778, ainsi que la nommée *Verlerais*, accouchèrent les années suivantes; l'une des plus naturellement (1); et l'autre par le ministère d'une Sage-femme (2) qui fut obligée de retourner l'enfant, parce qu'il présentoit une main avec la tête. Celui-ci expira peu de temps après sa naissance; mais celui de l'autre femme, donna, dès l'instant où il parut, des signes de la plus grande force et de la meilleure constitution. On ne sait encore aucun détail sur ce qui est arrivé depuis la section du pubis à l'égard de la nommée *la Forets*; mais il y a toute apparence qu'elle sera redevenue enceinte comme les premières, et accouchée de même; ayant eu bien moins à se plaindre encore

(1) Madame *Bellami*, Maîtresse Sage-femme, a publié, en 1780, la relation de cet accouchement, qui est du 7 octobre 1779. Elle assure que M. *Sigault*, appelé avant elle, ne s'étoit retiré que parce que la femme *Blandin* ne voulut pas se soumettre une seconde fois à une opération qui avoit été laborieuse l'année précédente, et sans succès; que le dernier accouchement s'est fait assez promptement; que l'enfant étoit plus gros que d'autres qui se trouvèrent à l'église pour le baptême; enfin, que le bassin ne lui a paru ni des plus vastes, ni des plus petits, et que les os pubis sont très-rapprochés. M. *Sigault*, qui avoit ce bassin dans sa collection depuis la mort de la femme, nous a fait pressentir qu'il étoit d'environ trois pouces de petit diamètre.

(2) Madame *Ridé*, Maîtresse Sage-femme, qui a communiqué ce fait à l'Académie de Chirurgie en 1782, observe que le bassin est ressé de devant en arrière, sans en déterminer la largeur, à cause de la grande saillie de la base du sacrum, qui est, dit-elle, déjetée sur le côté gauche.

des suites de l'opération, puisqu'elle a commencé à marcher dès le quinzième jour.

2041. Aucune de ces femmes n'a été aussi malheureuse que la nommée *Vespres*, parce qu'aucune d'elles n'étoit aussi contrefaite, et dans la même impossibilité d'accoucher : elles perdirent leurs enfans, mais elles se rétablirent, les unes plutôt, les autres plus tard, et se virent en état de redevenir grosses. La femme *Vespres* ne survécut au sien que cinq jours qu'elle passa dans les plus vives angoisses, et fut manifestement victime de cette opération ; quoiqu'on eût publié dans le temps qu'elle étoit morte de toute autre cause (1). On avoit évalué, avant l'opération, le diamètre du bassin à deux pouces et demi ou environ, et l'ouverture du cadavre fit voir qu'il n'étoit que de vingt-deux à vingt-trois lignes. Deux Chirurgiens - Accoucheurs (2) avoient prononcé sur l'indispensable nécessité de l'opération césarienne, et l'évènement les confirma, ainsi que bien d'autres, dans l'opinion où ils étoient que la section du pubis ne pouvoit la remplacer. Quoiqu'on n'eût obtenu qu'un pouce et demi d'écartement ou environ, les symphyses sacro-iliaques en étoient visiblement altérées, ainsi que les parties voisines. On a vu, à l'inspection du cadavre, que ces symphyses étoient entre-ouvertes, que le périoste en étoit détaché ; qu'il existoit un foyer de matière purulente d'un gris foncé qui s'étendoit fort au loin dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque gauche, etc. etc. Quelles preuves veut-on de plus que la mort de l'enfant et celle de la mère, sur l'insuffisance et le danger de cette nouvelle opération, dans le cas pour lequel on l'avoit exclusivement proposée ?

---

(1) *Voyez* les procès-verbaux rédigés avant et après cette opération, et celui de l'ouverture du cadavre ; les réflexions critiques de M. *Lauverjat*, et la réplique de M. *Sigault* à ces mêmes réflexions.

(2) M. *Lauverjat* et M. *Coutouly*.

2042. Si ce fait confirme l'insuffisance et le danger de la section du pubis dans le cas où la mauvaise conformation du bassin est extrême, celui de la femme *Blandin* offroit déjà l'exemple de l'abus qu'en avoit fait son Auteur, et qu'il en auroit fait une seconde fois sur cette même femme, si elle eût voulu s'y soumettre le 7 octobre 1779. Loin de détruire la bonne opinion qu'il avoit de cette nouvelle opération, croira-t-on que M. *Sigault*, d'après ces deux faits, en conçut de plus grandes espérances encore? « Cet » évènement, dit-il, parlant de celui de la femme » *Vespres*, prouve jusqu'à quel point peuvent s'éten- » dre les avantages de la section du pubis; puisque » par cette opération j'ai extrait un enfant très-volu- » mineux et vivant, d'un bassin très-étroit et très- » vicié ». Et à l'occasion de la femme *Blandin*, on lit dans le Journal de Paris, du 21 octobre 1779, que cette femme à laquelle on avoit fait l'opération dont il s'agit l'année précédente, venoit d'accoucher naturellement d'un enfant qui se portoit bien, ainsi que la mère; qu'on doit résumer de ce fait que la section du pubis une fois faite, peut n'être plus nécessaire pour les accouchemens laborieux provenans ou d'un vice de conformation de la part de la femme, ou du volume trop considérable de la tête de l'enfant. La femme *Blandin*, ajoute-t-on, ayant eu, lors de son accouchement précédent, un enfant dont la tête avoit quatorze pouces de circonférence, et celle du nouveau n'étant que de douze pouces, l'opération ne s'est plus trouvée nécessaire.

2043. On excuseroit sans doute M. *Sigault* d'avoir franchi, dès le second pas qu'il fit dans la nouvelle carrière qu'il sembloit ouvrir aux Accoucheurs, les limites qu'il s'étoit imposées, s'il eût conservé l'enfant dont la tête avoit quatorze pouces de circonférence; s'il eût reconnu dans la suite que le bassin, trop petit pour le passage de cet enfant, étoit assez grand pour celui dont la tête n'étoit que de douze pouces, et s'il

n'eût insisté dans ce dernier temps sur la nécessité de la même opération. A ce mot de circonférence, bien des gens ont dû se demander comment on l'avoit prise, et de quelle circonférence on entendoit parler : car bien peu, parmi nous, ignorent qu'on doit en considérer deux sur la tête du fœtus, relativement à l'accouchement ; savoir, une de treize pouces et demi à quatorze pouces, et une autre de dix à onze au plus, chez un enfant dont la tête est de trois pouces et demi d'épaisseur d'un côté à l'autre. C'est celle-ci que la tête présente aux ouvertures du bassin en s'avançant dans l'accouchement naturel, et c'est elle également que l'Accoucheur doit y faire présenter, dans tous les cas où les choses se passent autrement : c'est en cela que consiste son art. Si l'Auteur de la note que nous venons de rapporter a entendu parler de cette petite circonférence, il faut convenir que la tête du dernier enfant de la femme *Blandin*, étoit très-grosse, et celle du premier plus grosse encore ; puisqu'elle devoit avoir quatre pouces de petit diamètre, ce qui se voit rarement ; et celle-ci quatre pouces huit lignes, ce qui ce rencontre bien plus rarement encore. L'une et l'autre prouveroient également que le bassin de la femme étoit au moins d'une grandeur naturelle. Si l'on a sous-entendu la grande circonférence, la première tête n'offroit rien de remarquable dans son volume, et la dernière étoit un peu plus petite que de coutume.

2044. Il est très-raisonnable de penser que la grosseur de la tête de l'enfant puisse apporter de grands obstacles à l'accouchement, même lorsque le bassin est assez bien conformé pour le passage de celle qui n'est que d'un volume ordinaire ; comme il arrive également qu'une tête plus grosse, mais plus molle et plus flexible, franchira aisément celui qu'une autre plus solide et de quelques lignes plus petite, ne sauroit franchir. Si M. *Sigault* a cru pouvoir se disculper d'avoir pratiqué la section du pubis, sans succès, à

une femme assez bien faite pour accoucher naturellement l'année suivante, en n'opposant que la disproportion qui se remarquoit entre les deux enfans, quelques sectateurs de sa nouvelle méthode ont expliqué le fait bien differemment et n'ont pas craint d'attribuer la facilité du dernier accouchement, à ce que l'opération même avoit rendu le bassin plus grand qu'il ne l'étoit auparavant : les os pubis, dans leur opinion, ne pouvant se consolider et se réunir comme les os fracturés, mais seulement par l'intermède d'un calus qui les tient toujours écartés. Cette opinion ridicule n'est pas différente de celle que bien des Accoucheurs ont eue des suites de la tuméfaction des symphyses du bassin dans le cours de la grossesse; puisqu'ils ont également publié que les hanches restoient plus évasées après l'accouchement, et que le bassin en devenoit plus vaste dans toutes ses parties. Ceux qui l'ont admise dans le cas de la section du pubis ignoroient sans doute que Madame *Bellami* a trouvé les os très-rapprochés l'un de l'autre chez la femme *Blandin*; que les commissaires de la Faculté de Médecine ont déclaré que ces mêmes os étoient dans un tel état d'approximation chez la femme *Souchot* au vingt-septième jour de l'opération, qu'on ne sentoit plus qu'un trait dans la longueur de la symphyse; et M. *le Roy*, au quatorzième, que leur rapprochement étoit si sensible qu'il les soupçonnoit réunis. A quoi se réduiroit d'ailleurs le produit de ce calus pour le petit diamètre du détroit supérieur, quand on l'admettroit? Un calus de six lignes, qui paroitroit sans doute extraordinaire par son épaisseur, lui procureroit-il au-delà d'une ligne d'augmentation? Il faudroit être bien inconséquent, pour assurer qu'une si foible augmentation puisse rendre praticable à l'enfant un bassin dont l'extrême défectuosité ne laissoit auparavant que la ressource de l'opération césarienne ou de la section du pubis.

Faits qui concernent M. *Alph. le Roy.*

2045. L'Auteur de cette dernière, en a obtenu bien moins de succès que M. *Alph. le Roy* ; et le seul qu'il en ait eu, paroît bien moins éclatant que le plus foible des succès qu'a publiés celui-ci. M. *Sigault*, sur cinq femmes, en a perdu une, et quatre enfans; M. *le Roy*, sur un nombre égal, en a conservé quatre, et cinq enfans. Une femme de 28 ans, haute de trois pieds trois pouces, dit-il (1), grosse de son premier enfant et fatiguée de dix-huit heures de souffrance, l'appelle à son secours le 18 juillet 1779, et fut opérée presque à l'instant en présence de cinq personnes, pour qu'on ne puisse dire qu'il y a eu clandestinité (2). Les os pubis s'éloignent de plus de deux pouces en se retirant sous les tégumens ; on augmente ensuite graduellement cet écartement presque jusqu'à trois pouces, en éloignant simplement les cuisses de la femme, au moment ou la tête de l'enfant devoit passer ; on retourne celui-ci aussi-tôt (3), et on l'amène en ne tirant que sur le pied gauche, le seul qu'on ait jugé à propos de dégager, et il sort facilement moyennant la précaution qu'on prend d'engrener les fesses obliquement ou l'une avant l'autre (4). M. *le Roy* ajoute que

(1) Elle avoit en mai 1785, quatre pieds trois pouces.

(2) Parmi ces cinq personnes, on remarque trois femmes, l'Elève de M. *le Roy*, et un homme de considération. Il y aura toujours clandestinité, quand on n'aura que de pareils témoins dans une opération qui est entièrement du ressort des Accoucheurs. M. *le Roy* ne pouvoit-il pas s'en procurer alors, comme il le fit depuis chez la femme qui fera le sujet de son observation V? Tous ceux de la capitale se seroient fait un devoir de profiter de ses lumières, ou de l'aider de leurs conseils.

(3) Sa tête étoit située transversalement, ayant l'occiput tourné du côté droit de sa mère, position que M. *le Roy* assure être toujours laborieuse, et souvent fâcheuse, même sur les bassins les mieux conformés, à moins, dit-il, qu'ils ne soient très-grands. Une plus longue expérience lui a sans doute appris depuis ce temps, que cette position de la tête est une des plus fréquentes et des plus favorables, et que sur dix accouchemens, elle a eu lieu plus d'une fois.

(4) On ne peut se faire un mérite d'avoir engrené les fesses de cette maniere, puisqu'elles ne peuvent s'engager autrement quand on tire l'enfant par un seul pied.

cet enfant parut d'abord comme mort, mais qu'il se ranima moyennant les secours ordinaires ; qu'il étoit fort gros, sa tête ayant quatre pouces moins une ligne de diamètre transversal, ou d'une bosse pariétale à l'autre : de sorte que par cette opération il a fait passer, dit-il, un corps de quatre pouces moins une ligne, sur un bassin qui n'avoit auparavant que deux pouces cinq lignes. La femme en ressenti si peu d'accidens qu'elle se leva dès le neuvième jour, marcha au douzième, et fut se présenter à la Faculté de Médecine le vingt-huitième.

2046. On seroit dans l'erreur, si on se persuadoit que M. *le Roy* n'en a commis aucunes dans l'estimation des diamètres du bassin de la femme nommée *Julie Collet*, et dans celle du diamètre de la tête de l'enfant. Cette femme étant venue chez moi le 28 mai 1785, réclamer des secours pour une descente de matrice, portée au point que le col de ce viscère sortoit de plus de deux travers de doigt, et pour laquelle je lui plaçai un pessaire, j'en examinai le bassin avec soin : ce que je fis de nouveau le 11 juin suivant, en présence de plusieurs Médecins et Chirurgiens (1). Ayant eu recours successivement à divers procédés pour apprécier l'étendue du petit diamètre du détroit supérieur, tous ont donné un résultat de deux pouces six à huit lignes du milieu de la saillie du sacrum à la symphyse du pubis, que nous avons trouvée très-régulière en dedans. Comme ce n'est pas selon cette ligne que passe le petit diamètre de la tête du fœtus, mais en suivant celle qui descendroit de l'un des côtés de la saillie du sacrum à la même symphyse, on peut assurer que ce n'est pas un bassin de deux pouces cinq lignes que M. *le Roy* a désymphysé, mais d'environ trois pouces relativement à l'accouchement :

(1) M. *Audiberty* et M. *Assaliny*, Correspondans de l'Académie de Chirurgie ; M. *Kung*, Pensionnaire du Roi de Suède, et Professeur en Médecine, MM. *le Bas*, *Verdier*, etc.

ce qui explique déjà assez bien le succès qu'a eu la nouvelle opération chez *Julie Collet.*

2047. On ne s'est pas moins trompé sur l'estimation des diamètres de la tête du fœtus ; puisque le lendemain de l'accouchement M. *le Roy* ne l'a trouvé que de trois pouces huit lignes. Une erreur bien plus impardonnable est celle qui a rapport à l'écartement des os pubis, qu'on assure avoir été porté presque à trois pouces. L'importance de ce point méritoit bien qu'on apprît au public comment on avoit mesuré cet écartement ; quelle est celle des cinq personnes qu'on avoit pour témoins du fait, qui l'a mesuré, M *le Roy* n'ayant pu le mesurer lui-même dans le moment où il a été jusqu'à trois pouces, étant occupé, comme il le dit, à tirer de sa main gauche sur la face et le menton de l'enfant, qu'il essayoit d'abaisser, tandis que de l'autre main il relevoit le corps qui étoit au dehors ? Si l'écartement n'a pas été porté à ce terme, bien des gens croiront pouvoir le faire, et ne ménageront pas leurs efforts pour l'obtenir, comme d'autres auroient crut manquer leur but s'ils ne l'eussent pas étendu jusqu'à deux pouces et demi juste. En conservant l'enfant au moyen d'un écartement aussi extraordinaire, ils peuvent être certains qu'ils sacrifieront la mère, comme l'ont fait ceux qui se sont contentés de le porter à deux pouces et demi, même qui l'ont borné au-dessous (1).

2048. Encouragé par l'espoir d'un succès aussi extraordinaire, sept jours après avoir opéré *Julie Collet*, M. *le Roy* pratiqua la même opération sur une femme du Gros-Caillou, bien plus contrefaite à l'égard du bassin ; puisqu'il ne l'estima que de dix-huit à dix-neuf lignes (2) de petit diamètre au détroit supérieur ; et

(1) *Voyez* l'observation qui fait le sujet du §. 2061.

(2) M. *Goubelly*, D. M. P. a jugé quelques jours après l'opération, que ce diamètre étoit d'un pouce trois quarts. *Voyez* M. *Alph. le Roy.*

les suites en sont plus simples encore que chez la première, cette femme, d'ailleurs de quatre pieds neuf pouces, étoit accouchée six fois auparavant, et chaque fois par les moyens extrêmes de l'art. La section de la symphyse fut difficile et ne put être achevée qu'à plusieurs reprises; parce que cette symphyse fort épaisse, étoit si longue qu'on se vit contraint d'aller couper sa partie supérieure et l'inférieure au-dessous des tégumens, dont l'incision étoit néanmoins de deux pouces et demi ou environ (1). La section faite, on ouvrit la poche des eaux, on dégagea les pieds de l'enfant, qui se présentoient, et on en obtint la sortie entière sans de grandes difficultés; moyennant le soin d'engrener la partie postérieure de la tête lorsqu'elle s'approcha du détroit, dans l'écartement des os pubis qui étoit alors de trois pouces (2). Le diamètre transversal de cette tête se trouva de trois pouces huit lignes immédiatement après l'accouchement.

2049. La femme *du Belloy* ressentit de vives douleurs après cette opération; mais elles se calmèrent dès le même jour, et le lendemain elle se portoit assez bien pour remuer librement dans son lit, même se faire transporter dans un autre, ce qu'elle fit tous les jours sans exception d'un seul. La plaie extérieure, et la symphyse sans doute, étoient cicatrisées dès le cinquième; la femme commença à marcher au dixième, sortit de sa chambre au dix-septième, fut à l'église le vingtième, le vingt-unième à la Faculté de Médecine, et reprit ses pénibles occupations du métier de Blanchisseuse, huit jours après cette

---

(1) Cette symphyse devoit donc avoir trois pouces d'étendue, ce qui seroit un fait unique.

(2) M. *le Roy* auroit dû nous instruire du motif qui le portoit à engrener le derrière de la tête du fœtus dans l'écartement des os pubis, et non pas la protubérance parietale, comme chez la femme *Souchot*; pourquoi il n'a pas eu besoin d'user de cette précaution à l'egard de *Jeane Collet*, dont l'enfant étoit bien plus gros, etc.

dernière

dernière époque, jouissant alors, dit M. *le Roy*, de la santé la plus robuste. Parmi les Médecins qui ne purent voir cette femme sans une sorte d'admiration au cinquième jour de l'opération, on cite M. *Chaptal*, de la Faculté et de l'Académie des Sciences de Montpellier (1).

2050. Si le succès obtenu sur *Julie Collet* a dû surprendre la multitude, celui qui le suivit de près chez la femme *du Belloy* devoit bien plus l'étonner, et paroissoit bien plus propre à augmenter le nombre des partisans de la section du pubis. Jusque-là on pouvoit croire que l'utilité de cette opération étoit bornée, et qu'elle ne pouvoit frayer un chemin assez large au fœtus qu'à travers des bassins médiocrement resserrés. M. *le Roy* avoit même publié qu'il n'y auroit peut-être que l'opération césarienne qui pût sauver l'enfant dans le cas où ce canal ne présenteroit que vingt-une lignes de petit diamètre supérieurement; quoique cette dimension de vingt-une lignes et au-dessous lui parût alors imaginaire; M. *Sigault* n'auroit pas fait la section du pubis sur la femme *Vespres*, si on ne lui eût pas assuré que le bassin avoit deux pouces et demi de petit diamètre, s'il ne se le fût persuadé, d'après ses recherches, et s'il n'eût considéré que ses propres intérêts : ils admettoient donc l'un et l'autre des bornes à son utilité. L'exemple de la femme *du Belloy* tend à la faire adopter dans tous les cas de mauvaise conformation : car si le bassin de cette femme n'offre pas l'empreinte de la plus grande défectuosité (2), l'écartement de trois pouces, obtenu si facilement et avec aussi peu d'inconvéniens,

---

(1) M. *Chaptal*, qui suivoit alors mes leçons sur l'Art des Accouchemens, me permit de publier qu'il doutoit que l'opération eût été faite, et plus encore, qu'une femme d'une aussi belle conformation extérieure eût un bassin aussi resserré qu'on le lui avoit annoncé. Le succès ne lui en a point imposé.

(2) Nous en conservons un qui n'a que quatorze lignes. *Voyez* la XVIe planche, et il en existe encore de plus resserrés.

ne paroîtra peut-être pas le plus grand terme où on puisse le porter.

2051. N'ayant rien de bien positif à opposer à M. *le Roy* sur l'état de la femme *du Belloy* dans le temps de la première édition de notre Ouvrage, nous nous étions contenté de rapporter une expérience faite à l'Hôtel-Dieu de Paris le 25 août 1779, sur une femme morte le onzième jour après l'opération césarienne pratiquée à la ligne blanche : cette femme étoit infiltrée, ce qui rendoit la circonstance bien plus favorable. Placée sur le bord d'une table, les jambes écartées et soutenues comme le recommandent les partisans de la section du pubis, nous enlevâmes la matrice afin d'engager dans le bassin, les pieds d'un enfant qu'on avoit placé dans le ventre. Ce bassin n'avoit que vingt lignes de petit diamètre, et quatre pouces et un quart de diamètre transversal. Le diamètre de la tête de l'enfant n'étoit que de trois pouces cinq à six lignes d'une protubérance pariétale à l'autre ; le tronc en étoit maigre, et nous en avions en quelque sorte pétri toutes les parties pour leur rendre la souplesse que la mort avoit dû leur enlever. On entreprit de faire passer cet enfant à travers le bassin en tirant sur les pieds, mais malgré la force qu'on y mit, on ne put l'engager qu'à la hauteur de la poitrine ; ce fut dans ce moment qu'on fit la section du pubis. Ayant découvert la symphyse au moyen d'une incision de deux pouces et demi, conservant en en-bas la commissure antérieure des grandes lèvres, et supérieurement une étendue de dix-huit à vingt lignes au-dessous de l'angle inférieur de l'opération césarienne.

2052. Malgré l'espèce de coin que formoit le corps de l'enfant fortement engagé et comprimé dans le bassin, les os pubis ne s'écartèrent d'abord que de neuf lignes : on augmenta cet écartement le plus graduellement possible jusqu'à vingt et une, en éloignant les cuisses de la femme ; mais il fallut tirer en même

temps sur les hanches, pour le porter à deux pouces et demi. Borné à ce dernier point, on essaya de faire passer la tête de l'enfant qui s'étoit placée d'elle-même dans la position la plus avantageuse, puisqu'une des bosses pariétales répondoit à l'écartement des os pubis, et l'autre à la partie latérale gauche de la saillie du sacrum, l'occiput étant tourné de ce côté. Plusieurs personnes de l'art y employèrent leurs forces successivement, en tirant sur le tronc, et sur la mâchoire inférieure au moyen de deux doigts introduits dans la bouche, sans la faire avancer d'une seule ligne : elle ne traversa le détroit qu'au moment où je secondai ces efforts en appuyant sur la tête même, d'une main placée dans le bas-ventre, et en la comprimant fortement selon son épaisseur.

2053. A l'instant où elle franchit ce détroit, l'angle inférieur de la plaie des tégumens se déchira jusqu'à la vulve, et cette plaie se prolongea tellement vers celle de l'opération césarienne, qu'il s'en falloit peu que ces trois ouvertures n'en fissent qu'une. Les symphyses sacro-iliaques déjà entre-ouvertes avec rupture des ligamens et du périoste, au terme de vingt et une lignes d'écartement entre les os pubis, se déchirèrent complètement, et le firent avec assez de bruit pour que chaque assistant l'entendît distinctement : de sorte qu'on pût y placer aisément le pouce en travers. Les os pubis, après la sortie de la tête, se trouvèrent encore écartés de trois pouces, et l'avoient été un peu plus, sans doute, à l'instant où elle franchit le détroit. L'angle du pubis droit étoit distant de deux pouces six lignes, du centre de la saillie du sacrum, et l'angle du pubis gauche, de deux pouces trois lignes seulement ; de sorte que le diamètre du bassin considéré dans ce dernier sens, s'étoit augmenté de sept lignes, et de dix selon l'autre.

2054. Quoiqu'on ne puisse pas déterminer avec

toute la précision possible, le produit que donnera la section du pubis sur un bassin quelconque, par celui qu'elle a donné sur un autre, puisqu'il diffère un peu dans chaque individu, par rapport à la forme particulière du détroit supérieur, à la longueur respective de ses diamètres, et à la courbure plus ou moins grande des os, il nous semble cependant que l'expérience dont nous venons de rendre compte, fait assez bien connoître le peu d'avantage qu'il y auroit à espérer de cette opération dans le cas où le bassin n'offriroit que dix-huit à dix-neuf lignes d'ouverture supérieurement, même vingt et une lignes, comme celui de la femme *du Belloy* (1). Si on rapproche ces deux faits, on sera frappé du contraste que présentent leurs résultats. Chez la femme qui servit à notre expérience, il fallut de grands efforts pour obtenir un écartement de trois pouces entre les os pubis; on ne put le porter aussi loin sans opérer un délabrement affreux du côté des symphyses sacro-iliaques, et sans séparer les os des îles, pour ainsi dire entièrement, du sacrum; les angles de la plaie extérieure se sont déchirés au loin, tant supérieurement qu'inférieurement; l'on n'a pu faire passer la tête à travers le détroit, qu'en y employant les plus grandes forces, et en les combinant comme on l'a dit, quoiqu'elle n'eût que trois pouces cinq à six lignes de petit diamètre. Chez la femme *du Belloy* toutes ces choses se sont opérées bien différemment; l'écartement de trois pouces s'est fait sans violence et sans peine; l'incision extérieure à laquelle il semble qu'on avoit donné peu d'étendue, ne s'est nullement alongée par le déchirement de ses angles; et une tête de trois pouces huit lignes a passé librement à travers le bassin. L'on a conservé cet enfant, et

---

(1) On n'a pas oublié que M. *Goubelly*, D. M. P. a reconnu, quelques jours après l'opération, que le diametre de ce bassin étoit d'un pouce trois quarts. *Voyez M. Alph. le Roy.*

la mère a éprouvé si peu d'accidens, et se portoit si bien dès le lendemain de l'opération, que son Accoucheur ne la vit que rarement après les premiers jours. Au jugement des personnes instruites qui assistèrent à notre expérience (1), un seul enfant sur dix mille, n'auroit pu survivre un instant à de moindres efforts que ceux qu'il a fallu faire pour extraire du sein du cadavre, celui qui servoit à cette même expérience; et aucune femme ne pouvoit manquer d'être victime des désordres intérieurs que nous a présentés le bassin. Le fait de la femme *du Belloy*, paroîtra sûrement moins étonnant d'après les observations suivantes.

2055. Cette femme étoit accouchée six fois avant qu'on ne lui fît la section du pubis; et chaque fois, dit M. *le Roy*, on avoit eu recours aux moyens extrêmes de l'art; M. *Azeron* (2) l'avoit secourue dans les trois derniers de ses accouchemens. On seroit tenté de croire que c'est sur la bonne-foi de ce Chirurgien, que M. *le Roy* déclare que le bassin n'a que dix-huit à dix-neuf lignes de petit diamètre; comme il paroît n'avoir jugé de celui de *Julie Collet*, que d'après le témoignage d'une Sage-femme : car on ne remarque dans aucun de ses écrits qu'il en eût fait lui-même l'examen. S'il a pu croire que le bassin de *Julie Collet* n'avoit que deux pouces cinq lignes, comment s'est-il persuadé que six enfans avoient traversé un bassin de dix-huit à dix-neuf lignes? Ne pourroit-on pas demander quels sont ces moyens extrêmes que M. *Azeron* a mis en usage pour délivrer cette femme des trois derniers de ses enfans? Comment ce Chirurgien a pu se décider à donner la pré-

---

(1) M. *Moreau*, Chirurgien-Major de l'Hôtel-Dieu, MM. *Deleurie*, *Coutouly*, *Trainel*, *l'Herıtier*, Maîtres en Chirurgie, et un grand nombre d'Elèves.

(2) M. *Azeron*, Chirurgien privilégié, inconnu dans l'Art des Accouchemens.

férence à de pareils moyens, sur l'opération césarienne qui étoit si clairement et si exclusivement indiquée ? en combien de lambeaux il a été forcé de diviser ces innocentes victimes, pour les faire passer à travers une filière si étroite ? enfin, comment sa main elle-même a pu y pénétrer pour diriger ses instrumens.

2056. La femme *du Belloy* étoit véritablement accouchée six fois avant la section du pubis, et n'avoit pu conserver un seul de ses enfans ; mais aucun n'a été mutilé, d'après le rapport du père et de la mère. Plusieurs sont venus naturellement à la suite d'un travail fort long, et les autres ont été tirés avec le crochet, mais entiers : M. *Maritaine*, et après lui M. *Azeron*, ont été les Accoucheurs de la femme *du Belloy*. Tous ces enfans sont nés à terme, et tous étoient plus gros que celui qu'on obtint vivant après la section du pubis : celui-ci, loin d'être d'une grosseur telle que l'annonce M. *le Roy*, étoit si petit, aux yeux de ses parens, qu'ils craignirent long-temps de ne pouvoir l'élever, et il mourut en effet à l'âge de quatorze mois. La femme *du Belloy* en eut trois autres depuis l'époque de l'opération : M. *le Roy* fut témoin de la naissance du premier, et M^me^ *du Sellier*, Sage-femme, la délivra des deux autres, qui n'ont encore donné que quelques signes de vie après leur sortie. Oseroit-on affirmer aujourd'hui, contre tant de preuves du contraire, que le bassin n'a que dix-huit à dix-neuf lignes, même vingt et une lignes de diamètre ? Achevons de le faire connoître tel que nous l'avons trouvé en 1785.

2057. La femme *du Belloy* étant venue nous consulter à l'occasion d'une descente de matrice assez complète, pour laquelle nous lui plaçâmes un pessaire, comme à *Julie Collet* qui nous l'avoit adressée, nous examinâmes son bassin, mon frère et moi. La descente de matrice ne nous permettant pas de développer intérieurement le pelvimet de M. *Coutouly*,

nous employâmes le compas d'épaisseur qui nous donna un résultat de trois pouces moins un quart, en l'évaluant au plus bas; l'épaisseur du bassin, prise du milieu du mont de Vénus au haut du sacrum postérieurement, étant de six pouces moins un quart; la femme des plus maigres et ayant les os très-grêles. Le doigt introduit dans le vagin, et à plusieurs reprises, confirma parfaitement ce résultat; mesurant près de trois pouces et un quart du milieu de la saillie du sacrum, au bord inférieur de la symphyse du pubis. D'après ces découvertes, et beaucoup de détails que nous passons sous silence, le succès obtenu sur la femme *du Belloy*, ne nous parut plus aussi extraordinaire; nous ne vîmes en lui qu'une nouvelle preuve de l'inaptitude de son Auteur, à bien juger des dimensions du bassin, et non l'intention cachée d'en imposer à la crédulité de ceux dont l'opinion étoit encore chancelante sur le fait de la section du pubis. Ce succès se place de lui-même à côté de celui que nous offre l'exemple de la femme *Souchot*.

2038. Trois autres femmes ont été également opérées par M. *le Roy*; savoir, la nommée *Huguet*, dont le fait a été publié sous le nom de M. *de Mathiis*, dans le Journal de Médecine du mois d'avril 1783 (1); une Dame inconnue, chez Madame *Morlai*, Sage-femme, le 12 mars 1783 (2); et une troisième sous nos yeux, le 24 avril de la même année (3). Le bassin de la première n'avoit encore que deux pouces et un quart de petit diamètre d'après l'estimation de ce Médecin, et de plusieurs qui en ont signé le procès-verbal, sans avoir examiné

(1) M. *de Mathiis*, Chirurgien des Armées du Roi de Naples, alors Élève de M. *le Roy*.

(2) Le précis de ce fait a été inséré dans la feuille du Journal de Paris, du 17 avril 1783, avec une lettre de l'Auteur, des plus injurieuses pour les Chirurgiens.

(3) Ce dernier fait n'est pas encore publié.

la femme (1). Celui de l'inconnue n'offroit que deux pouces ; dix personnes l'attestent encore, quoique aucune ne s'en fût assurée par le toucher (2). Quoique l'écartement des os pubis eût été au-delà de deux pouces et demi chez la femme *Huguet*, les suites en furent si simples, qu'il existoit au plus un peu de fièvre pendant les premiers jours ; que la plaie extérieure, aglutinée dès le lendemain, n'offroit que l'aspect d'une légère égratignure ; que les symphyses étoient déjà boursoufflées, que la femme enfin s'est trouvée parfaitement rétablie au dix-septième jour. L'enfant étoit bien portant, et sa tête avoit trois pouces neuf lignes de petit diamètre. La Dame opérée chez Mme *Morlai* ne fut pas moins heureuse. Je la vis le sixième jour, aucunes femmes en couches ne pouvoient être mieux portantes à ce terme, les os pubis me parurent au plus écartés de deux lignes. Le procès-verbal de ma visite, rédigé à l'instant même, fut envoyé le lendemain à M. le premier Chirurgien du Roi (3).

2059. L'espoir de se délivrer d'une descente de matrice considérable, me procura l'occasion encore d'examiner la femme *Huguet*, dans le cours de mai 1785, quoiqu'on eût publié un mois auparavant que la section du pubis l'avoit guérie de cet accident qui

---

(1) M. *Asdrubal*, Pensionnaire du Pape, et Élève de M. *le Roy*, M. *de Mathiis*, et autres.

(2) Dans ce nombre se trouvent M. *Philipp*, D. M. P. MM. *de Mathiis* et *Asdrubal*, et Madame *Morlai*, chez laquelle étoit la femme.

(3) Ce fait avoit interessé M. le Baron de Breteuil, alors Ministre, et le procès-verbal en question devoit lui être communiqué à l'appui de ceux que lui avoit déjà fait remettre M. *le Roy*, ayant prié M. *Andouillet* de choisir un des Membres de l'Academie, pour suivre la femme jusqu'à sa parfaite guérison, et de lui en faire connoître les détails les plus importans. D'après ce procès-verbal, M. le Baron de Breteuil donna ordre de me faire représenter l'enfant qu'on avoit placé sans doute à l'Hopital, et que je ne pouvois voir qu'au moyen de cet ordre ; mais il étoit mort alors, et je ne pus juger de sa grosseur.

la fatiguoit depuis ses premières couches. Ce fut même M. *de Mathiis* qui me l'adressa, après m'avoir prévenu que je trouverois son bassin beaucoup plus grand qu'on ne l'avoit estimé au temps de l'opération; et je puis assurer, sans crainte d'être démenti par le fait, qu'il est en effet beaucoup plus grand. M. *de Mathiis* m'assura qu'il ne l'avoit examiné qu'après la parfaite consolidation des os. Mesuré avec le compas d'épaisseur, ce bassin est de six pouces et demi, extérieurement, ce qui donne un résultat au moins de trois pouces pour le diamètre qui va du pubis à la saillie du sacrum : la femme n'étant pas d'un grand embonpoint. Le doigt introduit dans le vagin, ne peut toucher à la saillie du sacrum qu'avec une extrême difficulté, et mesure un espace de plus de trois pouces huit lignes, du milieu de cette saillie, au bord inférieur de la symphyse du pubis ; ce qui dénote de même un diamètre de plus de trois pouces, au lieu de deux pouces et un quart. Le tableau des accidens qui ont suivi l'opération, d'après l'exposé de la femme, ne ressembleroit pas davantage à celui qu'on en a publié, que le bassin de cette femme ne ressemble à celui qu'on a cru desymphyser, si nous en donnions les détails.

2060. On ne s'est pas moins trompé dans l'estimation des diamètres du bassin de la femme opérée chez Madame *Morlai*. En rendant témoignage du bon état où je trouvai cette inconnue au sixième jour de ses couches, je suspendis mon jugement sur la nécessité de l'opération jusqu'après l'examen de ce bassin, qui n'eut lieu que le 16 avril suivant. M. *le Roy* l'examina de nouveau en ma présence et celle de M. *Philipp*, déjà cité, et assura de nouveau qu'il n'avoit que deux pouces comme au temps de l'opération ; ce que Madame *Morlai* répéta d'après lui plutôt que d'après ses propres lumières. Mais je l'estimai au-dessus de trois pouces, d'après la difficulté que j'éprouvai à toucher la saillie du sacrum. Pour

confirmer ce résultat, je me servis successivement du compas d'épaisseur, et de celui de M. *Coutouly*. Le premier mesura un espace de sept pouces et un quart extérieurement, du haut du sacrum au milieu du mont de Vénus; et le second se développa intérieurement, et dans la même direction, jusqu'à trois pouces deux lignes, sans beaucoup d'obstacles. M. *le Roy*, et M. *Philpp*, ex-Doyen de la Faculté, parurent convaincus que ce bassin avoit la mesure que je lui assignois, et il fut arrêté qu'on en dresseroit un procès-verbal pour être envoyé, comme le premier, à M *Andouillet* qui devoit le remettre au Ministre. Le temps ne permettant pas aux deux Médecins de le rédiger sur le champ, M. *le Roy* se chargea de le faire dans le cours de la journée; mais je ne pus l'obtenir (1).

2061. La cinquième femme dont nous avons à parler fut opérée le 24 avril 1785, rue des Boucheries, faubourg S. Germain. Nous assistâmes à l'opération, mon frère et moi. Je me contentai d'assurer que le bassin étoit plus étroit que celui de la Dame qui fait le sujet de l'observation précédente, et que l'enfant courroit le plus grand danger, soit qu'on l'amenât par les pieds ou autrement. M. *le Roy* avoit estimé ce bassin à trois pouces ou environ; et le compas de M. *Coutouly* appliqué dans un moment de douleur et d'agitation, donna, à une ou deux lignes près, le même résultat. Dans l'opinion que ce bassin étoit aussi peu resserré, nous aurions observé pendant quelque temps l'effet des douleurs, si le cordon ne se fût pas présenté au-dessous de la tête, au point de former une anse dans le vagin; mais sa présence rendoit la circonstance des plus pressantes, et il falloit opérer. Je voyois des inconvéniens pour l'enfant à la-

(1) Je l'annonçai le même jour à M. le premier Chirurgien du Roi, par une lettre contenant les détails dont je viens de faire part.

suite de toutes les méthodes connues, excepté de l'opération césarienne; M. *le Roy* étoit certain de le conserver ainsi que la mère, par la section du pubis, et ne sembloit regretter que la circonstance ne fût pas plus favorable pour nous convaincre de ses grands avantages, c'est-à-dire, que le bassin ne fût pas plus étroit. Il conserva l'enfant, mais la mère mourut des suites de l'opération même, avant la fin du huitième jour.

2062. L'incision extérieure fut assez courte d'abord, et ne parut, après l'accouchement, que de six à huit lignes d'étendue. La symphyse fut coupée de haut en bas, mais la section s'en fit très-difficilement; il fallut s'y reprendre à plusieurs fois, aller comme en sciant, et appuyer fortement de la main droite sur le dos du scalpel qu'on tenoit de la gauche. La résistance qu'elle offrit, me fit présumer que l'instrument portoit sur l'un des os, et en effet, la section fut faite sur le pubis gauche à deux lignes ou environ de cette symphyse, comme on le remarque *fig. I, planche XVII*, que j'ai fait graver sur la pièce même, telle qu'on la voit encore aujourd'hui dans mon cabinet. A peine cette section fut-elle achevée, que les os s'écartèrent un peu, et que leur écartement s'annonça par un foible bruit semblable à celui de la détente d'un ressort. A l'instant même, on en vit jaillir le sang en forme d'ondes noirâtres et assez grosses pour se répandre en nappes sur les parties voisines; de sorte qu'en moins de deux minutes il s'en écoula de quatre à cinq palettes au moins: c'étoit un sang veineux.

2063. Placé sur le côté gauche de la femme, je suivis du doigt et des yeux l'écartement des os, qui se fit graduellement pendant l'introduction de la main dans la matrice, et brusquement à l'instant où les fesses de l'enfant traversèrent le détroit: on entendit de nouveau dans ce dernier moment, un bruit de détente et de déchirement vers la symphyse

sacro-iliaque gauche. Cet écartement ne s'augmenta nullement pendant le passage de la tête, et resta le même après l'accouchement, jusqu'au moment où on releva et où l'on rapprocha les genoux de la femme. Occupé de ce seul point de l'opération, je puis assurer que l'écartement n'a pas été au-delà de deux pouces moins une ligne, l'ayant mesuré avec le pied-de-roi après la sortie de l'enfant, sous les yeux de l'opérateur, et étant bien certain qu'il n'avoit pas varié. Il fut presque en entier le produit du déplacement du pubis gauche qui se retira profondément sous les tégumens, tandis que le pubis droit ne s'éloigna que de quelques lignes, et en parut plus saillant. Quoique bien inférieur à celui qu'on m'assuroit avoir obtenu dans les cas précédens où les suites en furent si simples, je ne pus dissimuler mes craintes sur le danger auquel on exposoit cette femme: mais le Médecin ne négligea rien pour me rassurer.

2064. Une douleur aiguë s'étoit fait sentir dans le derrière du bassin et de la cuisse gauche, en s'étendant jusqu'au jarret, à l'instant même où se fit ce grand écartement, et continua jusqu'à la mort. Une autre non moins aiguë et pongitive, s'annonça dès le jour même, vers la région iliaque droite; le ventre se tuméfia presqu'aussi-tôt, et parut aussi élevé avant la révolution des vingt-quatre premières heures qu'il l'étoit dans l'état de grossesse; la fièvre parvint bientôt à son plus haut période, etc. etc.

2065. Le désordre parut extrême à l'ouverture du cadavre. La grande lèvre du côté gauche étoit très-tuméfiée et livide; les symphyses sacro-iliaques étoient d'une couleur brunâtre dans l'étendue d'un pouce au moins, à cause du sang épanché sous le périoste qui s'en étoit détaché; elles étoient inondées d'une matière purulente et ichoreuse, plus abondante du côté gauche que du côté droit, et qui jaillissoit de leur fond à l'extérieur, par plusieurs ouvertures qui étoient autant de déchirures, lorsqu'on remuoit les os des

fles et qu'on les rapprochoit du sacrum ; la symphyse gauche parut ouverte de cinq lignes, et la droite de trois seulement ; un dépôt gangreneux se manifestoit du côté droit derrière et au-dessus de la cavité cotyloïde, et s'étendoit vers la partie antérieure et inférieure de la matrice, où il y avoit une escharre de même nature ; un ulcère également gangreneux et en forme de fente se remarquoit dans la partie postérieure de ce viscère, depuis le dessus du col jusqu'à l'insertion du ligament de l'ovaire, et pénétroit dans sa cavité. Ceux qui ont assisté à l'ouverture de ce cadavre ne nous reprocheront pas d'avoir surchargé le tableau de ces désordres intérieurs (1).

2066. Le diamètre du bassin étoit de deux pouces et demi, du pubis à la base du sacrum ; de cinq pouces d'un côté à l'autre ; et de quatre et demi, en passant d'une cavité cotyloïde à la jonction sacro-iliaque opposée. La section avoit été faite sur le pubis gauche qui est coupé net et sans la plus petite hachure (2).

2067. Nous avons annoncé que l'enfant étoit venu vivant, mais foible et fatigué d'abord ; il n'offroit rien de remarquable dans sa grosseur ; sa tête flexible et souple n'avoit que quatre pouces deux lignes de diamètre, du milieu du front au tubercule occipital, et trois pouces cinq lignes d'une bosse pariétale à l'autre.

1068. M. *de Cambon* (3), après MM. *Sigault* et *Alph. le Roy*, est celui qui a pratiqué le plus de fois la section du pubis, et qui paroît l'avoir faite avec le plus d'avantage : mais, comme ceux-ci, il *Faits de M. de Cambon.*

(1) Une dixaine de personnes, du nombre desquelles étoit M. *le Roy*, en ont signé le procès-verbal.

(2) Je conserve ce bassin dans ma collection.

(3) Ecuyer, premier Chirurgien de feu S. A. S. la Duchesse de Lorraine et de Bar, à Mons.

n'a pu conserver tous les enfans ni toutes les femmes qu'il entreprit de sauver. De trois qu'il cite, l'une y fut soumise deux fois; savoir, le 28 mars 1778, et en janvier 1780. M. *de Cambon* ne détermine pas l'écartement qu'il obtint dans ce dernier cas, et se contente de dire qu'il fut assez grand pour que la femme pût se délivrer seule et en peu de minutes, d'une grosse fille pleine de santé; mais il assure qu'il a été de deux pouces ou environ la première fois, quoiqu'il n'ait pu assurer la vie de l'enfant. M. *Knap* (1), qui nous a communiqué de bonnes réflexions sur ces deux faits, assure qu'il avoit délivré cette même femme de son premier enfant au moyen du forceps, quoiqu'il fût très-gros, et qu'il l'a fait en présence de M. *de Cambon*; que M. *Williame* n'a pas éprouvé plus d'obstacles à l'accoucher du second, et ne s'y est décidé que parce que le cordon ombilical étoit sorti. Rien ne dénotoit en cela une grande difformité dans le bassin, et l'exposé de M. *de Cambon* ne fait que nous affermir dans l'opinion qu'il n'en existe pas de remarquable. Une autre femme, grosse de son premier enfant, fait le sujet de la troisième observation du même Auteur. Ici c'est l'impossibilité de porter la main à travers le détroit inférieur, resserré par le rapprochement des os pubis et ischions, qui détermine à recourir à la section du pubis. On en obtient deux bons pouces d'écartement; la tête de l'enfant se plonge aussi-tôt dans le bassin, en présentant la face vers l'un des côtés, et, ne pouvant en sortir, on en opère l'extraction avec le forceps: on conserve cet enfant et la mère. M. *de Cambon* ne dit rien de plus sur la difformité du bassin, et n'en détermine l'étendue que par l'impossibilité d'y introduire la main. Mais le fait suivant, qui n'a pu être compris dans le même

(1) Chirurgien-Accoucheur à Mons.

faisceau d'observations (1), semble bien propre à prouver que ce bassin n'étoit pas très-difforme, et que l'écartement des os pubis n'a pas été aussi grand que l'annonce l'Auteur.

2069. La femme qui fait le sujet de cette quatrième observation, étoit contrefaite, et de la hauteur de trois pieds de France seulement. Une Sage-femme et deux Accoucheurs, M. *Knap* et son Elève, avoient déjà tenté vainement de porter la main dans la matrice pour retourner l'enfant dont la tête, précédée d'une anse de cordon, se présentoit; on avoit appliqué le forceps avec aussi peu de succès, la cause qui s'opposoit à l'introduction de la main ne permettant pas à la tête de descendre; on avoit laissé l'instrument en place en attendant de nouveaux consultans qui ne purent en tirer meilleur parti; et certain de la mort de l'enfant, comme on l'étoit de la mauvaise conformation du bassin, M. *Knap* venoit de proposer l'usage des crochets, lorsque M. *de Cambon* arriva et voulut qu'on y substituât la section du pubis, espérant en obtenir le même succès que chez les premières femmes. Plus laborieuse qu'on ne s'y attendoit, le scalpel passa successivement entre les mains de trois personnes avant qu'elle ne fût achevée. On n'évalua d'abord l'écartement qu'à deux travers de doigt; mais il s'étendit brusquement jusqu'à quatre, et se fit avec un bruit de déchirement remarquable, à l'instant où la tête, entraînée par le forceps qu'on avoit réappliqué, franchit le détroit supérieur. L'on ne fut pas étonné de ne voir naître qu'un enfant mort, bien convaincu qu'il l'étoit auparavant, mais on ne pensoit pas que la mère succomberoit avant la révolution du sixième jour, aux suites inévitables d'un écartement aussi grand que

---

(1) Ce fait est postérieur à la lettre qui contient les trois premières observations de M. *de Cambon*, adressée à M. *Brambilla*, premier Chirurgien de Sa Majesté l'Empereur Joseph II.

celui qu'on venoit d'obtenir. Un dépôt de matière sanieuse et ichoreuse, prenant sa source dans la symphyse sacro-iliaque droite entre-ouverte de sept à huit lignes, inondoit toute la fosse-iliaque de ce côté, de même que la cavité du petit bassin, et s'étendoit au-dessous de l'arcade crurale jusque sur l'articulation du fémur ; la symphyse gauche n'avoit souffert qu'une violente extension ; le bassin, régulier dans sa forme et son pourtour intérieur, n'offroit que deux pouces et quelques lignes de diamètre du pubis à la saillie du sacrum, etc. (1).

2070. Les succès obtenus par M. *Van-Damme*, Chirurgien à Saint-Omer (2), par M. *Damen*, à la Haye (3), M. *Verdier-Duclos*, Médecin à la Ferté-Bernard (4), M. *Desprès de Menmeur*, près Saint-Paul-de-Léon en Bretagne (5), celui dont fait mention la Gazette de Madrid, du 24 novembre 1780 (6), un autre cité par M. *Lauverjat* (7), et plusieurs encore qui nous sont sans doute inconnus, doivent être rangés dans la même série que les précédens : car on ne trouve que de foibles marques de mauvaise conformation du bassin chez les femmes qui font le sujet de ces observations, presque toutes étant accouchées naturellement avant l'époque où elles furent soumises à l'opération, ou l'ayant fait depuis très-heureusement. Par-tout, comme dans les observations précédentes, c'est l'évènement de quelques accouchemens difficiles, ou l'application infructueuse

(1) J'ai eu ce bassin pendant une douzaine de jours sous les yeux, dans un voyage que M. *Knap* fit à Paris, peu de semaines après la mort de la femme : il a deux pouces sept lignes de petit diamètre.

(2) Le 30 juin 1779, sur une femme du village de Racquenghen, à deux lieues de Saint-Omer.

(3) Le 20 octobre 1783, et le 11 août 1785.

(4) Le 20 janvier 1786.

(5) Le 21 février 1778.

(6) Le 9 août 1780.

(7) Nouvelle méthode de faire l'opération césarienne, page 292.

du

du forceps, qui détermine à recourir à ce nouveau procédé; on n'en obtient ce qu'on n'avoit pu obtenir du forceps appliqué d'abord, que parce qu'elle rend le bassin naturellement assez grand, plus grand encore, et que cet excès de largeur dispense de toute méthode. Les personnes peu instruites la jugent préférable, parce que l'exécution en est souvent plus facile pour elles que l'application des autres moyens, qui exigent généralement une grande étendue de connoissances.

2071. La femme qui fait le sujet de l'observation de M. *Van-Damme*, étoit mère de trois enfans à l'instant où elle fut soumise à la section du pubis, et ces trois enfans se portoient bien; quoique leur naissance, d'après le rapport de ce Chirurgien, eût été un peu laborieuse. Celle du quatrième ne le devint davantage encore, que parce que la tête de cet enfant ne se présentoit pas aussi favorablement que celle des autres, étant située de manière que la face, tournée de côté, regardoit le pubis droit. M. *Van-Damme* la trouvant fixée, et se persuadant qu'elle ne pouvoit descendre au-delà, d'après le temps que la femme avoit employé à faire des efforts infructueux, essaya plusieurs fois de la saisir et de l'extraire avec le forceps; ensuite de la refouler pour aller prendre les pieds: ce que firent également avec aussi peu de succès, deux de ses confrères qu'il fut chercher lui-même à Saint-Omer. On fit la section de la symphyse, qui procura un pouce et demi d'écartement; on réappliqua le forceps, et plus heureux, uniquement parce que la voie étoit alors plus large, on amena l'enfant, dont la tête offroit de toutes parts les marques du mauvais usage qu'on avoit fait auparavant de cet instrument: il mourut des suites de ces mêmes blessures, trois semaines après sa naissance; mais la mère se rétablit après avoir donné de vives alarmes. Fait de M. *Verdier-Duclos.*

2072. M. *Van-Damme* ne sauroit se disculper

d'avoir fait un mauvais emploi du forceps dans le cas dont il s'agit ; et ce qu'il y a d'affligeant pour l'humanité, c'est qu'il n'est pas le seul de ceux qui ont eu recours à la section du pubis à qui on puisse faire le même reproche. Il ne dit pas comment il le plaça sur la tête de l'enfant, mais cette plaie qu'il remarqua sur le côté du coronal d'une part, et celle qu'il vit de l'autre côté près l'occiput, et au-dessous de laquelle se forma cette grosse tumeur qu'il fallut ouvrir après quelques jours, dénotent clairement que les cuillers embrassoient la tête obliquement du front à l'occiput, et du côté droit au côté gauche. Ce rapport entre elles et avec la tête, devient inévitable d'ailleurs dans la situation où étoit la tête, toutes les fois qu'on les insinue sur les parties latérales du bassin. Ce cas, qui n'est pas fort rare, est un de ceux où la plupart des Accoucheurs, moins instruits que guidés par la routine, substituent celle-ci à la méthode, et augmentent les obstacles en raison des forces qu'ils emploient pour les vaincre ; de manière qu'une tête qui auroit franchi librement le bassin, étant mieux dirigée, ne sauroit le traverser s'il n'est très-vaste. C'est une vérité que nous avons soumise plus d'une fois à la démonstration, sur le mannequin, pour la graver plus profondément dans la mémoire de nos Elèves, et l'un d'eux nous assura en avoir convaincu M. *Van-Damme* son compatriote, peu de temps après l'opération dont nous venons de parler.

2073. La section du pubis ne nous paroît pas avoir été plus nécessaire chez la femme qui y fut soumise deux fois par M. *Damen ;* parce que la mauvaise conformation du bassin n'est pas mieux démontrée dans ce double fait, que dans celui de M. *Van-Damme.* Le Chirurgien de la Haye évalue à trois pouces seulement le diamètre qui va d'un ischium à l'autre, et à quatre pouces le plus grand qui aille du pubis au sacrum. Il n'y avoit donc

de défaut de largeur qu'au détroit inférieur, encore ce défaut existeroit-il dans le sens où il est le plus difficile de l'apprécier, même de le reconnoître, dans le sens d'ailleurs qui seroit le plus favorable au succès de la nouvelle opération. Ce vice dépendant du peu d'intervalle que laissent entre elles les tubérosités des os ischions, est trop rare pour croire que M. *Damen* l'eût rencontré, et ses nuances trop difficiles à calculer pour se persuader qu'il l'eût fait avec précision. Pourquoi MM. *Camper* et *Van-de-Laar* n'ont-ils donc trouvé ce bassin resserré que dans sa partie supérieure? Il paroît encore que c'est l'évènement seul des deux accouchemens opérés précédemment avec le crochet, qui a décidé en faveur de la section du pubis, lors du troisième; comme le succès qu'elle a eu dans ce cas, a déterminé à la pratiquer de nouveau, pour assurer la vie du quatrième enfant. C'est au moyen d'un écartement assez large seulement pour admettre le doigt, qu'on procure ce précieux avantage à l'un des enfans, et d'un écartement une fois plus grand, que l'autre l'obtient: il n'en coûte chaque fois que peu de douleurs à la mère, et elle se rétablit promptement.

*Fait de M. Verdier-Duclos.*

2074. Le fait du Médecin de la Ferté-Bernard paroîtroit bien plus extraordinaire, s'il n'étoit précédé ici de l'analyse de celui de la femme *du Belloy*, dont le bassin n'avoit été également évalué qu'à dix-huit ou vingt lignes de petit diamètre; si l'exemple de la femme *Vespres*, celui de la cinquième femme opérée par M. *le Roy*, et l'évènement qui suivit depuis la même opération chez celle qui fait le sujet de la quatrième observation de M. *de Cambon*, ne démontroient déjà sans réplique le danger de la section du pubis, dans le cas où la mauvaise conformation du bassin rend véritablement l'accouchement impossible par cette voie. M. *Verdier-Duclos*, qui n'admet qu'un diamètre de vingt et une lignes, assure que la tête de l'enfant s'y trouvoit engagée

au point qu'il ne put l'ébranler avec le forceps appliqué à deux reprises vers les côtés du détroit, ni la refouler avec la main pour aller prendre les pieds, quelque force qu'il y mît. Un écartement de deux pouces deux lignes entre les os pubis procure à ce diamètre assez d'étendue, et la femme se délivre seule d'un enfant dont la tête avoit douze pouces six lignes de circonférence en passant sur les protubérances pariétales, et conséquemment un diamètre de quatre pouces deux lignes de l'une de ces protubérances à l'autre. M. *Verdier-Duclos* ne se seroit pas contenté, sans doute, d'annoncer un écartement aussi borné, s'il eût connu les observations de M. *le Roy;* car il auroit été prévenu qu'il falloit le porter au-delà de trois pouces pour rendre un pareil bassin accessible à un enfant dont la tête auroit été beaucoup plus petite que celle dont il parle, puisque celle de l'enfant de la femme *du Belloy* n'avoit que trois pouces huit lignes. Ce dernier vécut, il est vrai, pendant quatorze mois, et celui de M. *Verdier* mourut aussi-tôt qu'il fut né. Les Praticiens qui n'oseroient porter de jugement sur ce fait, d'après les détails qu'en donne l'Auteur et l'analyse des précédens, pourront consulter les savantes et judicieuses réflexions de M. *Desgranges* (1).

Fait de M. *Despres de Menmeur.* 2075. La femme qui fait le sujet de l'observation de M. *Desprès de Menmeur*, présenteroit l'exemple d'un succès bien plus extraordinaire encore que celui de M. *Verdier*, et de M. *le Roy* même chez la femme *du Belloy*, s'il n'étoit démontré par deux

---

(1) Journal de Médecine de Paris, cahier du mois de mai 1788. M. *Desgranges* n'a pas manifesté moins de savoir dans la discussion d'un grand nombre d'autres faits relatifs à la section du pubis. *Voyez* d'ailleurs le petit ouvrage de cet Auteur, intitulé : *Réflexions sur la section de la symphyse des os pubis, suivies d'observations sur l'emploi de l'alkali volatil dans le traitement des maladies vénériennes* : imprimé en 1781.

accouchemens postérieurs à l'époque où la section du pubis a été pratiquée, que l'opération étoit moins nécessaire encore, que chez ces femmes (1) ; et par le fait lui-même, qu'elle n'a pas été faite complètement. Comme les deux Praticiens que nous venons de citer, le Chirurgien de Saint-Paul de Léon ne trouve qu'un bassin de dix-huit à vingt lignes de diamètre supérieurement, et le rend assez vaste pour le passage d'un gros enfant, sans que la mère en éprouve le moindre accident. Ce qu'il y a de plus étonnant que dans le fait de M. *Verdier*, c'est que malgré ce peu d'ouverture, la tête de l'enfant, précédée d'une main, s'étoit avancée au point de paroître à la vulve (2) ; non pas en s'alongeant comme dans ce dernier, mais sans éprouver la moindre altération dans sa forme et ses dimensions. M. *Després* s'armoit du forceps pour l'extraire, lorsque le succès de la nouvelle opération, obtenu récemment sur la femme *Souchot*, se retrace fortement à sa mémoire, et le porte à préférer cette opération à l'instrument. Il l'exécute à l'instant, et presque en un seul coup de bistouri, quoique dans un lieu obscur, dans une soupente ou espèce d'armoire, qui servoit de chambre ou de lit à la femme. Il l'exécute aussi promptement et aussi sûrement, quoique la mère, attirée par les cris de sa fille, se soit jetée précipitamment sur le bras de ce Chirurgien au moment où il tranchoit la symphyse. À peine la section est-elle faite, que l'enfant, poussé par la douleur, franchit en entier le passage ; mais il étoit déjà mort. Sa mère, plus heureuse, se lève dès le premier jour, sort de sa

(1) Cette femme, opérée le 21 février 1778, est accouchée naturellement le 10 juillet 1779, et plus naturellement encore l'année suivante.

(2) Cette assertion est prise d'une lettre de M. *Despres de Menmeur* à un Chirurgien de ses amis, qui l'a fait communiquer à l'Académie.

soupente au troisième, et surprise alors au coin de son feu par M. *Desprès* qui venoit la panser, elle remonte promptement et sans aide dans un lit élevé de douze ou treize échelons au-dessus du foyer (1). Les partisans de le section du pubis, moins prévenus aujourd'hui que dans les premiers temps, n'oseroient sans doute avouer un pareil fait, et se feroient un devoir de le retrancher de la liste de ceux qu'ils ont publiés, s'ils avoient connoissance (2) des détails qu'en a reçu l'Académie de Chirurgie.

Autre fait. 2076. La femme de *Batigny* opérée par M. *G.* et accouchée à l'instant même au moyen du forceps, a fourni également depuis, la preuve la plus complète de l'inutilité de cette opération, et de l'abus qu'on en a fait à son égard; puisqu'elle est accouchée si promptement l'année suivante, que sa Sage-femme n'a pu se rendre assez tôt auprès d'elle pour recevoir son enfant. Il y a lieu de présumer que celle qui fut opérée sous les yeux du Vice-Président du Collége de Chirurgie de Cadix en 1780, par un Elève de ce Collége, aura donné depuis les mêmes marques de fécondité, et ne se sera pas moins heureusement délivrée; car les suites de l'opération nous confirment dans l'opinion que son bassin n'étoit pas plus mal conformé que celui des autres femmes.

Fait de Cadix.

2077. D'après les preuves éclatantes de l'inutilité de la section du pubis chez la plupart des femmes dont nous venons de parler, et de l'abus qu'on en a fait dans le cours de très-peu d'années; d'après celles que nous avons déjà données de son insuffisance et de ses dangers, dans le cas où la défectuosité du bassin

(1) *Voyez* ces détails dans les rech. hist. et pratiq. sur la sect. du pubis, par M. *le Roy*.

(2) La femme qui ne s'est soumise à l'opération que dans l'espoir d'une récompense pécuniaire, a déclaré n'avoir gardé le lit aucun instant : ces détails bien circonstanciés et bien avérés ont été envoyés à l'Académie de Chirurgie.

rend l'accouchement impossible, sur quelle base ses défenseurs en établiront-ils la prééminence sur l'opération césarienne ? Citeront-ils le fait de la ville d'Arras, publié par M. *Retz* (1); celui de M. *Siebold* dont nous avons parlé plus haut (2); celui de M. *Nagel* (3), de M. *Guérard* (4), de M. *Bonnard* (5), de M. *Duret* (6), de M. *du Chaussoi* (7), de M. *Riolay* (8), de M. *Lavaguino* (9), de M. *de Mathiis* (10), de M. *V.* (11), etc. etc. ? Personne n'ignore que dans presque tous ces cas, la mère ou l'enfant en ont été les tristes victimes; et que ces faits fournissent le complément des preuves que nous cherchons.

*Faits de la ville d'Arras, de M. Siebold et de M. Nagel.*

2078. La femme opérée dans la ville d'Arras, mourut avant la fin du troisième jour, et son enfant donna si peu de signes de vie, qu'on n'oseroit assurer qu'il eût été ondoyé vivant. Celle de Wisbourg éprouva les suites les plus fâcheuses, quoiqu'on n'eût porté l'écartement des os qu'à quinze ou dix-huit lignes, et ne dut sa conservation qu'à la prudence et à la sagacité de M. *Siebold*, qui n'osa étendre cet écartement au-delà, certain, d'après de nombreuses expériences, qu'il deviendroit infailli-

(1) A Arras, le 24 avril 1778.

(2) Wisbourg, le 24 février 1778.

(3) Chirurgien du Prince-Évêque de Spire, le 5 avril 1778, et annoncé dans la Gazette de Francfort, du 11 du même mois.

(4) A Dusseldorp, le 10 mai 1778.

(5) Chirurgien à Hesdin, le 12 février 1778.

(6) Chirurgien de l'Hôpital de la Marine, à Brest, le 12 février 1779.

(7) Chirurgien en chef du grand Hôtel-Dieu de Lyon, le 5 décembre 1781.

(8) Chirurgien-Accoucheur, à Pimpol en Bretagne, le 11 février 1783.

(9) Chirurgien collégié à Gênes, et en fonctions alors à l'Hôpital, le 29 décembre 1782.

(10) Chirurgien des Armées du Roi de Naples, et alors à Paris, où il fit cette opération, le 17 avril 1785.

(11) M. V..... Chirurgien à ...., suivant mes leçons en 1786, m'a communiqué le fait dont il s'agit, en me priant de ne pas le faire connoître pour en être l'auteur.

blement mortel. Malgré ces quinze à dix-huit lignes ajoutées à un bassin qui en avoit déjà trente-trois de diamètre, il fallut comprimer fortement la tête de l'enfant, et même l'écraser en quelque sorte pour en obtenir la sortie. Dans le fait de M. *Nagel*, c'est une exostose de la saillie du sacrum, qui s'avance de quelques pouces dans le bassin, qui détermine à pratiquer la section du pubis. On ne détermine pas le degré d'écartement qu'elle produisit; mais il paroît qu'on ne l'a porté qu'à un pouce et demi. On retourna l'enfant, et on en fit promptement l'extraction, malgré les difficultés qu'on eut encore à surmonter: il ne donna de signes de vie que pendant un quart d'heure, et la mère mourut avant la fin du huitième jour. Ce fut le lendemain de la mort de cette femme et huit jours après celle de l'enfant, que la Gazette de Francfort annonça que l'opération avoit eu le plus heureux succès. On ne retrouva point à l'ouverture du cadavre, l'exostose qui avoit déterminé à opérer, mais on vit un bassin de trois pouces de diamètre seulement. Les symphyses sacro-iliaques étoient très-mobiles, les parties extérieures de la génération, les lèvres de la plaie, le vagin et la partie postérieure de la matrice gangrenées, et le tissu cellulaire circonvoisin, rempli d'un ichor très-fétide. M. *Franck*, Médecin, Conseiller intime du Prince-Evêque de Spire, qui a publié cette observation, fait remarquer que la femme étoit accouchée depuis peu de son dernier enfant, et qu'elle en avoit eu plusieurs vivans.

Fait de Dusseldorph.

2079. Celle qui fait le sujet de l'observation de M. *Guérard* étoit bien plus contrefaite, puisqu'on ne trouva son bassin, à l'ouverture du cadavre, que de deux pouces six lignes. Ne pouvant s'accorder sur la nécessité de l'opération, et l'un des consultans se persuadant qu'on pouvoit extraire l'enfant sans ce secours extraordinaire, on fut chercher un des pieds qui se présentoit dans le voisinage du col de la matrice, et qu'on ne

put amener que difficilement dans le vagin. On fit beaucoup d'efforts inutiles, soit pour faire descendre ce pied, soit pour aller prendre le second, et ce n'est qu'a la suite de ces efforts qu'on pratiqua la section du pubis. Quoiqu'elle eût donné un pouce et demi ou environ d'écartement, l'extraction de l'enfant n'en devint pas plus aisée; on mit à contribution toutes les ressources de l'art, et toutes furent infructueuses. On arracha d'abord la jambe gauche, et on repoussa le tronçon de la cuisse dans la matrice, pour se frayer une route vers la seconde extrémité qu'on ne put dégager, quoique M. *Guérard* et deux consultans y travaillassent tour-à-tour. La tête paroissant vouloir se rapprocher, on attendit, espérant qu'elle s'engageroit, et trompé dans cette nouvelle attente, on ouvrit le crâne, on en évacua le cerveau, et on appliqua successivement le forceps et le crochet. On ne put en détacher que quelques pièces, au moyen d'une sorte de tenaille, et le reste parut inébranlable: la nature, après cinq heures de repos, l'expulsa cependant. Cette opération, commencée à une heure après-midi, ne fut terminée que sur les neuf heures du soir, et la femme y survécut onze jours.

2080. La conduite de M. *Bonnard* paroîtra bien plus sage: n'ayant pu couper complètement la symphyse du pubis qui lui parut ossifiée, et imaginant bien que ce seroit en vain qu'il le feroit par rapport à l'état des symphyses sacro-iliaques, qui devoient être, dit-il, également endurcies, il aima mieux recourir à l'opération césarienne, qu'il assure avoir faite en deux minutes. Il conserva l'enfant qui étoit très-gros; mais la femme mourut quelques jours après. Si l'on ne peut attribuer sa mort à la section du pubis, qui n'a été que commencée, il n'est pas moins certain que la conservation de l'enfant a été le fruit de l'opération césarienne: le bassin n'ayant été évalué qu'à deux pouces de diamètre, et l'histoire de la section du pubis n'offrant encore aucun exemple de succès en pareil cas. Fait de M. Bonnard.

Fait de M. *Duret*.

2081. Le fait de Brest, communiqué à l'Académie par M. *Duret*, n'est pas moins alarmant que celui de Spire, de Dusseldorp, et de plusieurs autres encore dont nous ferons mention, quoique la femme n'eût pas succombé aux suites fâcheuses de l'opération. Un travail déja très-long, une exostose de la grosseur d'une noix située à la partie latérale droite du sacrum au-dessus de son union avec le coccix, plusieurs applications infructueuses du forceps (1), quoique la tête alongée fût engagée jusqu'au milieu du bassin, furent encore les motifs qui déterminèrent à faire cette opération. On en obtint à l'instant un écartement d'un pouce, et il s'étendit jusqu'à trois travers de doigt lorsque la tête, reprise de nouveau avec le forceps (2), traversa le détroit supérieur. Dans ce moment la plaie extérieure se prolongea tellement vers la vulve, qu'elle ne s'en trouva séparée que par une espèce de pont de la largeur de deux à trois lignes, qui se détruisit dès les premiers jours; de sorte qu'après ce temps, ces deux ouvertures n'en firent qu'une, que la déchirure du périnée rendit plus grande encore. L'enfant ne donna aucun signe de vie: mais la femme subsiste, accablée d'infirmités qui proviennent de l'opération. Conduite à l'hôpital des pauvres après soixante jours de traitement chez elle, elle y passa un autre mois au lit, et en sortit sans être guérie. Les os pubis, dont l'extrémité s'est exfoliée, ne se sont pas réunis, et se trouvent écartés de plus d'un demi-pouce encore; la vessie, dont la gangrène a détruit une grande portion de la partie antérieure, et autant de celle du vagin, forme entre

---

(1) Une plaie contuse à la partie latérale droite du coronal et une autre à la partie postérieure de la région temporale gauche, démontrent trop clairement que le forceps a été mal appliqué chaque fois, pour qu'il soit nécessaire d'en donner d'autres preuves.

(2) Ce ne fut encore que par des applications réitérées de cet instrument, et au moyen des plus grands efforts, qu'on parvint alors à extraire la tête.

eux une sorte de hernie, de la surface de laquelle les urines distillent continuellement par deux ouvertures qui paroissent celles des uretères. La femme a de plus une descente de matrice et de vagin de la grosseur du poing (1).

2082. Si tous les Praticiens dont nous venons de parler ont eu pour objet de conserver la mère et l'enfant en pratiquant la section du pubis, M. *du Chaussoi* ne semble l'avoir préférée à l'opération césarienne, que parce qu'il avoit la plus grande certitude de la mort de l'enfant, la dernière lui paroissant trop dangereuse pour la mère : mais l'évènement lui prouva bientôt que la nouvelle ne l'étoit pas moins, quand le mauvaise conformation du bassin est extrême. Elle fut difficile, parce que l'instrument ne rencontra point la symphyse et tomba sur le pubis droit à deux lignes de là, comme M. *le Roy* le porta sur le pubis gauche. Il n'y eut d'abord qu'un écartement de dix lignes, qu'on augmenta graduellement jusqu'à deux pouces sept lignes. On appliqua le forceps à plusieurs reprises et inutilement chaque fois, et l'on finit enfin par retourner l'enfant mort depuis long-temps, pour l'extraire par les pieds. La mère le suivit au tombeau cinquante-deux heures après l'opération, et l'ouverture de son cadavre fit remarquer les mêmes désordres que chez celles qui avoient succombé avant elle à la section du pubis. Le petit diamètre du détroit supérieur n'étoit que d'un pouce sept lignes.

**Fait de M. *du Chaussoi*.**

2083. La femme qui fut opérée par M. *Riolay* y survécut beaucoup moins que celle de M. *du Chaussoi*, quoique l'opération et l'extraction de l'enfant eussent été plus faciles, car elle mourut une heure et demie après, dans un troisième accès de syncope (2). Le

**Fait de M. *Riolay*.**

---

(1) Ces détails ultérieurs à l'observation de M. *Duret*, m'ont été communiqués par M. *de Rougemont*, alors Chirurgien Aide-major, Démonstrateur à l'Hôpital militaire de Brest.

(2) M. *Riolay* m'en envoya l'observation dans le temps, pour l'Aca-

Chirurgien n'avoit estimé le diamètre du bassin que de deux pouces huit à neuf lignes, d'après l'application du pelvimet de M. *Coutouly*; mais il s'est trouvé de trois pouces à l'ouverture du cadavre : tandis que la distance de la pointe du coccix au bord inférieur de la symphyse du pubis n'étoit que de deux pouces quatre lignes. L'écartement des os fut porté à deux pouces et demi; l'enfant, retourné est amené par les pieds, étoit mort, et sans doute depuis quelque-temps, se trouvant déjà couvert de phlictaine; sa tête avoit trois pouces neuf lignes de petit diamètre. Depuis l'instant où s'est fait le plus grand écartement des os, jusqu'à celui de la mort, la femme n'a cessé de se plaindre d'une douleur des plus aiguës vers les reins et sur-tout du côté gauche, où la symphyse sacro-iliaque s'est trouvée déchirée, et entre-ouverte de quatre à cinq lignes, tandis que celle du côté droit ne l'étoit que de trois à quatre.

Fait de M. *Laveguino.* 2084. La section du pubis pratiquée dans l'Hôpital de Gênes n'eut pas un succès différent. Se persuadant que l'enfant étoit mort, on en fit l'extraction avec le crochet, mais on l'amena vivant, et il y survécut plusieurs heures. La femme ne mourut que le 10 janvier suivant (1). Les os pubis, à l'examen du cadavre, se trouvèrent encore écartés de deux travers de doigt; on observa que les parties extérieures de la génération étoient gangrenées, ainsi que le vagin et la matrice; et le petit diamètre du détroit supérieur n'avoit que deux pouces cinq lignes.

Fait de M. *de Mathiis.* 2085. Le fait de M. *de Mathiis* n'est pas celui qui concerne la femme *Huguet*, et qu'on a publié sous son nom, §. 2058 : l'Auteur se seroit plus empressé de le faire connoître s'il eût ressemblé à ce dernier. La femme (2) qui fait le sujet de l'observation dont il

démie de Chirurgie, ainsi que le bassin de la femme, qui fait aujourd'hui partie de ma collection.

(1) Le treizième de l'opération.

(2) *Marie Rouillé*, rue Plumet, fauxbourg S. Germain.

s'agit, avoit eu précédemment trois enfans. Elle étoit accouchée naturellement de son premier qu'elle ne perdit qu'à l'âge de quinze mois : mais le second avoit été tiré par les pieds, et le troisième au moyen du crochet ; celui-ci, par un Étudiant en Chirurgie, et celui-là par un Chirurgien à qui l'art des accouchemens étoit, de son aveu, absolument étranger. M. *de Mathiis*, qu'une Sage-femme fit appeler lors du quatrième accouchement, n'évaluant le diamètre du bassin qu'à trois pouces moins un quart, se persuada que la section du pubis étoit la seule ressource qu'il dû employer. Il la pratiqua, après avoir attendu pendant quelque temps M. *le Roy*, mon frère, et moi, qu'il avoit appelés en consultation ; un plus long délai lui paroissant devoir la rendre infructueuse pour l'enfant, parce qu'une anse du cordon ombilical étoit au-dehors. Il éprouva dans ce cas, combien la nouvelle opération pouvoit offrir de difficultés, et devenir dangereuse. L'instrument ayant quitté la ligne verticale de la symphyse, soit avant, soit après que la section en fut faite, tomba sur la branche descendante de l'os pubis droit, et la coupa transversalement, de la manière la plus nette, à six lignes ou environ, au-dessous de la symphyse même : comme on le remarque *fig.* 2, *pl.* *XVII*. Mais pour la couper ainsi, il fallut y employer la plus grande force, et il paroît que ce n'est encore qu'après avoir haché longtemps en d'autres endroits, qu'on crut y être parvenu ; car l'instrument recommençant à scier à une demi-ligne de cette section, s'ébrécha profondément en deux endroits, et laissa ses fragmens implantés dans l'os où ils se remarquent encore. Croyant l'opération achevée (1), M. *de Mathiis* introduisit sa main pour

(1) Nous aurions quelques raisons de croire que la section de la symphyse n'étoit pas faite entièrement alors, et ne l'a été qu'après la mort. Les partisans de cette operation ne seroient peut-être pas fâchés que M. *de Mathiis* en fit l'aveu.

prendre les pieds, pendant que deux aides écartoient les cuisses avec tant de forces, et sur-tout la droite qui étoit confiée à une personne robuste, que la tête de quelques-uns des muscles attachés à la branche du pubis et de l'ischium en fut déchirée partiellement. N'ayant pu dégager que le pied gauche, il tira dessus, et moyennant beaucoup d'efforts il obtint la sortie de l'enfant. Une suite de méprises singulières, sans lesquelles cet enfant auroit échappé à notre connoissance, le fit déposer chez moi, où je l'examinai en présence de plusieurs personnes, qui jugèrent à propos qu'on en dressât procès-verbal. Il étoit du poids de cinq livres et un quart, sa tête n'avoit que trois pouces et un quart de petit diamètre; mais ayant été en quelque sorte écrasée en traversant le bassin, on pouvoit aisément la réduire de l'étendue de six lignes, en la comprimant entre les branches du compas d'épaisseur. La cuisse droite étoit fracturée dans son milieu, et le bras gauche au-dessous de l'insertion du muscle deltoïde (1). Cet enfant, qui étoit très-animé à l'instant où l'on en dégagea le pied, ne donna aucun signe de vie après sa sortie. A peine la mère fut-elle délivrée, qu'elle tomba dans un état de suffocation alarmante; qu'elle éprouva de légères convulsions, et qu'elle se plaignit de vives douleurs dans les lombes et la cuisse gauche, qui continuèrent jusqu'à la mort: ce fut au neuvième jour. L'ouverture du cadavre (2), faite en présence de plusieurs Médecins et Chirurgiens, démontra incontestablement qu'elle étoit morte des suites de l'opération. Il seroit trop long d'en faire connoître

(1) M. *de Mathiis* et M. *Rossignol*, Chirurgien qui l'avoit aidé, ne sachant pas que l'enfant avoit été porté chez moi, ne convinrent de ces faits que lorsque j'offris de leur en donner la preuve.

(2) Elle fut commencée clandestinement dans la nuit, et suspendue par l'arrivée d'une personne inattendue, qui ne permit pas de la continuer; mais on y procéda ensuite de la manière la plus authentique.

les détails ; nous dirons seulement que M. *de Mathiis*, à la vue de tant de désordres, fut tellement ému, qu'il s'en trouva mal et tomba en défaillance : si la douleur qu'il en témoigna n'a pas été feinte, on peut assurer qu'il ne pratiquera pas de sitôt cette nouvelle opération, sur le compte de laquelle, avoua-t-il alors, on l'avoit étrangement abusé. Nous observerons que le diamètre du bassin n'étoit que de deux pouces six lignes. Je conserve ce bassin avec celui de la cinquième femme opérée par M. *le Roy*, et celui qui me fut envoyé par M. *Riolay*.

2086. Une exostose qui s'étoit élevée sur la première fausse vertèbre du sacrum, au point de ne laisser que dix-huit à vingt lignes de petit diamètre au détroit supérieur, détermina M. *V*.... à pratiquer la section du pubis, au mois de novembre 1783, sur une femme qui étoit accouchée quelques années auparavant d'un enfant mort et putréfié : mais il n'y procéda qu'après avoir appliqué le forceps plusieurs fois, et avoir été chercher les pieds et dégagé le tronc entièrement, l'enfant étant mort et la femme expirante. Elle fut commencée au moyen d'un rasoir, et achevée avec un couteau ordinaire qu'on aiguisa sur une pierre, ne pouvant se procurer d'autres instrumens. A peine fut-elle faite que la tête de l'enfant, la seule partie qu'on n'avoit pu extraire, franchit le détroit, et que la femme mourut. M. *Brodthlag* le jeune (1), offre également un exemple de l'abus trop fréquent de cette opération ; mais d'une autre espèce, et sur lequel nous ne nous permettrons aucune réflexion, ayant déjà passé de beaucoup les bornes dans lesquelles nous aurions voulu pouvoir circonscrire cet article. La femme qui fait le sujet de son observation avoit eu précédemment deux enfans ; et c'est après avoir amputé le bras du troisième, qu'on assura

Faits de M. *V.* et de M. *Brodthlag*.

(1) Journal de Méd. tom. 63, année 1785, p. 210.

être mort, qu'on pratiqua l'opération. Les os s'écartèrent de deux pouces, dit l'Auteur, et l'accouchement se termina seul une heure et demie après : la femme guérit complètement en vingt-deux jours. Nous n'avons pu nous procurer aucune connoissance du fait de Naples, dans lequel on assure que la femme mourut d'hémmorrhagie (1).

## SECTION IV.

*Conséquences qu'on doit déduire des expériences et des observations qui font le sujet des deux sections précédentes.*

2087. Si l'on a cru la section du pubis plus simple, plus facile et plus sûre que l'opération césarienne, dans un temps où l'observation n'avoit pas encore fait connoître les difficultés qu'elle devoit offrir, et les dangers qui pouvoient la suivre, doit-on en penser de même aujourd'hui ? Combien de fois déjà n'a-t-on pas été obligé de recourir à la scie, pour séparer les os pubis, et ne s'est-on pas trouvé dans l'impossibilité de les écarter après leur séparation ? Combien de fois cette opération a-t-elle préparé une voie libre au fœtus, dont la conservation doit nécessairement entrer dans le plan de l'opérateur, tout aussi bien que celle de la mère, et faire partie du succès ?

2088. Cette nouvelle opération paroîtra plus simple et moins douleureuse que la césarienne, si on s'arrête à l'étendue de l'incision, à la nature et à l'importance des organes qu'elle intéresse : c'est un fait incontestable. L'on ne divise les tégumens et les graisses, que de la longueur de deux pouces et demi au plus, ainsi que la symphyse du pubis ; l'on ne coupe que de

(1) Voyez M. Lauverjat, nouv. Méthode de faire l'opération césarienne, pag. 252.

petits

petits vaisseaux incapables, pour l'ordinaire, de fournir beaucoup de sang, et l'instrument n'intéresse pas la matrice ; l'enfant vient au monde par la voie que la nature lui a destinée et que l'écartement des os pubis lui rend plus ou moins accessible ; l'on n'a point à craindre d'hémorrhagie considérable, ni ces épanchemens de matières purulentes et laiteuses qui portent presque toujours une atteinte mortelle aux viscères intérieurs qu'elles baignent ; l'on ne rencontre de difficultés absolues dans l'exécution de cette opération, que par rapport à la soudure intime des os ; elle n'expose nullement les femmes aux hernies consécutives qu'on a si fréquemment observées après l'opération césarienne : voilà l'idée qu'en ont eue ses partisans, et que la plupart en conservent encore.

Première source des accidens attachés à la section du pubis.

2089. Mais la section du pubis prépare rarement une issue facile à l'enfant ; car la plupart, jusqu'ici, ont péri au passage, ou bien ils ont été victimes quelques minutes après leur sortie, des efforts qu'il avoit fallu faire pour l'opérer (1). La séparation des os pubis étant faite, l'on a pu toujours les écarter, par rapport à la soudure des os des îles avec le sacrum ; et ce cas, qui ne paroît pas des plus rares et qui ne se reconnoît qu'après l'opération, la rend inutile ou infructueuse, et ne sauroit dispenser de l'opération césarienne.

Autre source d'accidens de la section du pubis.

2090. Pour peu qu'on réfléchisse sur le danger auquel l'enfant est exposé dans l'accouchement contre nature où l'on est obligé de l'amener par les pieds, et au petit nombre de ceux qui échappent alors à la mort,

(1) Dans le nombre de trente-trois opérations on a conservé treize enfans*, et les autres sont morts. Si quelques-uns l'étoient avant, les autres ont succombé aux efforts même de l'accouchement. On observe que ceux qu'on a conservés appartenoient aux femmes dont le bassin étoit le moins difforme.

(*) Nous ignorons si l'on a conservé celui de Naples.

quand le bassin de la mère n'a pas à-peu-près, ses dimensions naturelles, on découvre une autre source d'accidens à la suite de la section du pubis, qu'on diminueroit, sans doute, si on pouvoit livrer l'expulsion de l'enfant aux contractions de la matrice, ou saisir la tête avec le forceps, comme quelques Praticiens l'ont déjà fait : mais, excepté dans ce très-petit nombre de cas, l'on a toujours tiré l'enfant par les pieds, que la tête se fût présentée ou non.

Tableau des accidens de la section du pubis.

2091. Si cette opération ne met que très-rarement à couvert la vie de l'enfant, même lorsque le bassin n'est pas des plus difformes, elle n'est pas alors toujours exempte d'accidens graves pour la mère. La mort de l'un et de l'autre est certaine, quand cette mauvaise conformation est extrême (1). Les suites de l'écartement spontané des os pubis, des os des îles et du sacrum, dans quelques accouchemens naturels ou laborieux, annonçoient depuis long-temps celles qu'on devoit craindre de cette nouvelle opération; l'exemple de la femme *Vespres*, ceux de la cinquième opérée par M. *le Roy*; de la quatrième par M. *de Cambon*; de celle d'Arras, de Duseldorp, de Spire, de Lyon, de Gênes; celle de M. *Riolay*, de M. *Mathiis*, etc. ont prouvé que ce n'étoit pas en vain qu'on redoutoit ces mêmes accidens. Le délabrement des parties extérieures et du col de la matrice; l'inflammation et la gangrène de ce viscère; des dépôts de matières purulentes, sanieuses et pu-

(1) La section du pubis a eu des suites fâcheuses non-seulement dans ce cas, mais en d'autres où l'on avoit porté l'écartement des os pubis au-delà d'un pouce et demi, quoique le bassin ne fût que médiocrement resserré. Sur trente-trois femmes dont nous avons parlé, douze sont mortes évidemment des suites de l'opération césarienne: nous n'y comprenons pas celle qui fait le sujet de l'observation de M. *Bonnard*, Chirurgien à Hesdin; puisque la section du pubis n'a pas été faite complètement. Parmi les vingt autres, le plus grand nombre étoient accouchées naturellement auparavant, ou l'ont fait depuis très-heureusement, et plusieurs sont restées infirmes.

trides dans le tissu cellulaire du bassin ; la hernie de la vessie entre les os pubis ; des échimoses le long des muscles psoas ; la lésion du canal de l'urètre ; l'incontinence d'urine, et des gangrènes plus ou moins profondes, etc. forment le tableau des accidens dont cette nouvelle opération est susceptible. En accordant que ceux de l'opération césarienne soient aussi formidables pour la mère, au moins offre-t-elle une ressource assurée et exempte de tout danger pour l'enfant. Laquelle des deux opérations sera donc préférable ?

Cas où la section du pubis pourroit être de quelque utilité.

2092. Quand on pourroit, sans inconvéniens pour la femme, obtenir deux pouces et demi d'écartement entre les os pubis après la section de leur symphyse, l'opération césarienne sera toujours la seule et unique ressource que nous ayions à proposer, dans le cas de mauvaise conformation extrême du bassin : la section du pubis ne pourroit entrer en parallèle avec elle, qu'autant que le petit diamètre du détroit supérieur auroit au moins deux pouces et demi d'étendue. Si nous avons suspendu notre jugement, lors de notre première édition, sur la préférence qu'on devoit à ces méthodes, dans le dernier de ces cas, en attendant des connoissances plus positives sur l'innocuité ou le danger d'un écartement aussi considérable ; si nous exigions que des hommes qui n'avoient aucun intérêt à faire valoir cette nouvelle méthode au détriment de la première ; que ses adversaires, en un mot, eussent vu un écartement de deux pouces et demi, sans rupture des symphyses sacro-iliaques, et sans inconvéniens, pour nous faire adopter cette nouvelle opération ; plus instruits aujourd'hui sur tous ces points nous ne craignons pas de la rejeter, et d'assurer qu'on n'a jamais écarté les os pubis de deux pouces et demi sans qu'il en eût coûté la vie à la femme. Elle n'a eu de succès que lorsqu'on l'a faite sur des bassins au moins de trois pouces moins un quart du petit diamètre, et qu'autant qu'on a borné

l'écartement des os de beaucoup au-dessous du terme où l'on s'est persuadé l'avoir porté ; dans ces cas, en un mot, où elle étoit absolument inutile ; le bassin étant plus grand encore, puisque nous l'avons trouvé au-delà de trois pouces sur quelques-unes des femmes. La section du pubis ne peut soutenir aucun parallèle aujourd'hui avec l'opération césarienne ; on pourroit au plus, en quelques circonstances seulement, la substituer au forceps : ne pouvant, sans de grands inconvéniens, donner au bassin, dans la direction du pubis au sacrum supérieurement, que deux lignes d'accroissement ; comme cet instrument peut, sans danger, réduire de deux lignes le diamètre de la tête du fœtus. Mais quel sera le Praticien qui préférera, à une méthode couronnée par des milliers de succès, une opération nouvelle qui ne paroît encore qu'entourée d'écueils? Si l'on accordoit quelques avantages à celle-ci, ils ne seroient jamais plus évidens que dans l'enclavement de l'espèce dont parle *Roëderer*, où l'on ne peut, dit-il, introduire aucun instrument entre la tête et le bassin, dans quelque endroit qu'on tente de le faire ; mais ce cas ne s'est peut-être jamais présenté ; elle mériteroit alors la préférence sur l'ouverture du crâne, sur l'usage des crochets, et la section césarienne proposée par le même Auteur : elle seroit préférable encore dans le cas où le détroit inférieur est resserré transversalement, s'il ne falloit que peu d'écartement pour donner à ce diamètre l'étendue qui lui manque.

## ARTICLE IV.

### *De l'opération césarienne.*

De l'opération césarienne.

2093. On appelle césarienne, l'opération par laquelle on ouvre à l'enfant contenu dans le sein de sa mère une autre issue que celle qui lui étoit destinée par la nature. Si l'on n'incise quelquefois à cet effet

que les enveloppes communes et propres du bas-ventre, le plus souvent il faut inciser encore la matrice même, et c'est dans ce dernier cas spécialement que l'opération a reçu le nom de Césarienne, pouvant être désignée simplement par celui de Gastrotomie dans le premier. Il nous paroît inutile de la distinguer ici en abdominale et en vaginale, comme on l'a fait depuis peu; comprenant sous cette nouvelle dénomination toutes les opérations qui se font au col de la matrice, sans intéresser les parties circonvoisines : car il faudroit également appeler césarienne l'incision du périnée, la section des brides, des cicatrices qui rétrécissent le vagin ; celle de l'hymen, des tumeurs, etc. si l'enfant ne pouvoit naître sans ces secours.

2094. L'origine de l'opération césarienne est trop obscure, pour que nous puissions en assigner l'époque, c'est-à-dire, le temps où on l'a pratiquée pour la première fois. Quelques-uns l'ont fixée à la naissance de *Jules-César*, et d'autres l'ont fait remonter au-delà. Nous avons déjà dit, qu'avant le XVIIIe. siècle, la plupart des Chirurgiens n'avoient osé faire cette opération sur la femme vivante, parce qu'ils la croyoient essentiellement mortelle. Mais on a rassemblé, de notre temps, les faits les plus connus et les plus propres à la faire adopter, non comme une ressource assurée pour la femme dans tous les cas où la mauvaise conformation du bassin peut s'opposer d'une manière insurmontable à l'accouchement, mais comme la seule qui puisse être salutaire. Le recueil de M. *Simon*, inséré parmi les Mémoires de l'académie de Chirurgie, contient soixante-dix ou douze de ces observations, dans lesquelles on remarque que cette opération a été faite avec succès; et on pourroit y en ajouter un pareil nombre aujourd'hui. Sur quarante-deux observations, communiquées depuis la publication de ce mémoire, et dont la plupart existent dans le dépôt des Archives de cette ci-devant

Origine de cette opération.

Académie, il y en a vingt-une qui attestent de nouveau, tout le bien qu'on pouvoit attendre d'une aussi grande et aussi importante opération (1).

2095. Parmi ce grand nombre d'observations, il en est quelques-unes où l'on remarque que l'opération a été faite sans nécessité, puisque les femmes étoient accouchées naturellement auparavant, ou se sont délivrées heureusement dans la suite. Le recueil de M. *Simon* nous apprend également que la plupart des opérations dont il y est fait mention, ont été pratiquées sur sept ou huit femmes : les unes y ayant été soumises trois ou quatre fois, les autres cinq, six, et même jusqu'à sept fois : ce qui prouveroit surabondamment qu'elle n'est pas essentiellement mortelle, si toutes ces observations étoient vraies, puisqu'il n'est besoin que d'un seul exemple pour en établir la preuve.

## SECTION PREMIÈRE.

*Des causes qui exigent l'opération césarienne ; des préparations qui y conviennent ; du temps de la faire, et des choses qui y sont nécessaires.*

Des causes qui exigent l'opération césarienne. 2096. La mauvaise conformation du bassin n'est pas la seule cause qui puisse rendre l'accouchement impossible par la voie naturelle, et qui doive nous déterminer à recourir à l'opération césarienne ; certaines affections des parties molles dont nous avons fait mention, telles que ces tumeurs squirreuses à base très-large, qu'on ne peut enlever sans exposer la femme à un danger plus imminent encore que celui de l'opération césarienne, ainsi que les grossesses extra-utérines, peuvent exiger le même secours : mais ce seroit en abuser que de l'employer dans

(1) Il en existe peut-être davantage : l'examen de tous les papiers de l'Académie n'étant pas terminé en ce moment.

tous les cas pour lesquels on l'a recommandé depuis peu.

2097. Cette opération doit se pratiquer sur la femme vivante, et sur la femme morte. Si elle exige beaucoup d'attention à l'égard de la première, l'on ne devroit pas s'en dispenser entièrement pour la seconde ; tant il est difficile quelquefois de s'assurer à l'instant même si elle est véritablement morte ou non. Si l'on attendoit pour faire cette opération, que les signes les plus certains de la mort se manifestassent, elle deviendroit inutile pour l'enfant qui ne peut survivre long-temps à sa mère, s'il reste dans ses entrailles. D'un autre côté, l'on ne doit pas livrer celle-ci à un trépas inévitable, lorsque sa mort n'est peut-être qu'apparente.

Précautions utiles quand on la fait après la mort de la femme.

2098. L'on ne sauroit retracer trop souvent à la mémoire de ceux qui sont dans le cas de faire ces sortes d'opérations, l'observation de M. *Rigaudeaux* (1), qui est insérée dans le Journal des Savans, du mois de janvier 1749. En faisant connoître combien il est difficile, en quelques cas, de distinguer l'état d'asphixie d'une mort réelle, elle nous apprend qu'il n'est pas toujours nécessaire d'ouvrir le sein de la femme qui paroît privée de la vie depuis quelque temps, pour l'assurer à son enfant. Ce Chirurgien n'ayant pu se rendre auprès d'une femme de la campagne aussi-tôt qu'il fut appelé pour l'accoucher, apprit en y arrivant qu'elle étoit morte depuis deux heures, et qu'on n'avoit pu trouver personne pour lui faire l'opération césarienne. Ayant enlevé le suaire qui la recouvroit, voyant qu'elle conservoit encore un peu de chaleur et de souplesse dans les membres, que l'orifice de la matrice étoit très-dilaté et la poche des eaux bien formée, il se décida à l'accoucher par les voies ordinaires, et le fit avec facilité, en ame-

(1) M. *Rigaudeaux*, Chirurgien aide-major des hôpitaux de Douai, et Accoucheur.

nant l'enfant par les pieds après l'avoir retourné. Quoique cette enfant parût mort, il ne laissa pas que de lui donner quelques soins dès qu'il eut délivré la mère, et de recommander l'un et l'autre aux femmes qui étoient présentes. Leurs soins infructueux en apparence dès les premièrs momens, ne le furent pas dans la suite. Elles ranimèrent l'enfant au point que quelques heures après il crioit aussi fort que s'il fût né des plus heureusement. M. *Rigaudeaux* revoyant la femme avant de s'en retourner chez lui, fit écarter de nouveau linge dont on l'avoit enveloppée, et lui trouvant les membres aussi souples que la première fois, quoiqu'elle parût morte alors depuis plus de sept heures, il essaya quelques moyens propres à s'assurer si elle l'étoit réellement, et ne s'en éloigna qu'après avoir fait promettre aux assistans qu'il ne la remettroient dans son linceul que quand ses membres seroient roides. S'il fut agréablement surpris en apprennant que l'enfant étoit revenu à la vie, il le fut bien plus lorsqu'on lui vint annoncer sur la fin du jour que la mère étoit ressuscitée deux heures après son départ de chez elle. C'étoit le 8 septembre 1745, et la mère et l'enfant vivoient encore au mois d'août 1748 ; mais la première étoit restée sourde, paralytique et presque muette.

Cas où l'on doit se dispenser de faire cette opération sur la femme morte.

2099. Si l'on rencontroit, immédiatement après la mort de la femme, des dispositions aussi favorables à l'accouchement, que celles qu'on remarque dans l'observation de M. *Rigaudeaux*, il faudroit préférer l'extraction de l'enfant par les voies ordinaires à l'opération césarienne ; on ne pratiquera celle-ci qu'autant que les parties ne seront pas aussi favorablement disposées, et on y procédera avec autant de soins que si l'on devoit en attendre le plus grand succès pour la mère. Une simple incision dans la direction de la ligne blanche, et de l'étendue d'environ sept à huit pouces, doit être substituée à la sec-

tion cruciale qu'on a presque toujours faite en pareil cas (1).

2100. Avant de soumettre la femme vivante à une opération semblable, il seroit utile de la préparer par les remèdes généraux, tels que la saignée, la purgation, les bains, etc. comme on le fait à l'égard des autres opérations majeures : ces précautions en assureroient peut-être quelquefois le succès. Mais malheureusement, on ne peut toujours les employer, si ce n'est la saignée, parce qu'on est appelé trop tard, et souvent même lorsque les parties de la femme ont été fatiguées, irritées, contuses ou lacérées par les manœuvres d'une main ignorante et téméraire. Préparations utiles avant de faire cette operation sur la femme vivante.

2101. L'opération césarienne a, comme beaucoup d'autres opérations, un temps d'élection et un de nécessité : celui-ci a toujours lieu après l'évacuation des eaux de l'amnios, à moins que des circonstances étrangères à celles qui nous forcent d'opérer, ne présentent des indications plus urgentes. L'instant de la mort de la femme, n'importe à quel terme que ce soit de la grossesse (2), et celui du passage de l'enfant dans le bas-ventre, à l'occasion de la rupture de la matrice, constituent également le temps de nécessité. Quant au temps d'élection, les uns imaginent qu'on ne devroit opérer qu'après l'écoulement des eaux, et les autres qu'on doit le faire auparavant et dès que le travail de l'enfantement est bien décidé, pourvu que le col de la matrice soit effacé, et l'orifice assez ouvert pour l'écoule- Du tems ou l'on doit faire cette operation.

---

(1) Le Sénat de Venise a ordonné de faire cette opération avec les mêmes précautions que si la femme étoit vivante, et a défendu l'incision cruciale.

(2) On ne doit se dispenser dans aucun terme de la grossesse, sous quelque prétexte que ce soit, d'ouvrir le sein de la femme après sa mort, pour assurer la vie spirituelle à l'enfant qui peut lui survivre de quelque temps, même après les premiers mois, quoiqu'il soit encore très-petit.



ment des lochies : ce moment nous paroît préférable au premier.

Opinion de quelques Auteurs à ce sujet.

2102. Si on opéroit au commencement du travail, et avant que les eaux ne soient évacuées, « on risqueroit, dit un Auteur moderne, de laisser la » matrice dans l'inertie, en la débarrassant trop » promptement : ce qui procureroit infailliblement » une perte, qui conduiroit sans doute la femme » au tombeau ». Mais les raisons qu'en donne cet Auteur ne sont ni concluantes, ni conformes aux connoissances actuelles de la physiologie. Le motif qui a déterminé M. *Levret* à recommander d'opérer avant l'ouverture de la poche des eaux est bien mieux fondé : en opérant avant ce moment, dit-il, l'étendue qu'on donne aux incisions, tant des parties contenantes du ventre que du corps de la matrice, se trouvera beaucoup moins grande après la sortie de l'enfant, que si l'on avoit operé qu'après l'écoulement des eaux. Il est bien certain qu'une incision de six pouces intéresse un plus petit nombre de fibres et de vaisseaux, lorsque la matrice est encore distendue par les eaux, que quand elle est fortement contractée sur le corps de l'enfant, et réduite d'un douzième ou d'un quinzième sur elle-même. Dans ce dernier cas, une ouverture de six pouces est bien plus grande respectivement au volume de ce viscère, que dans le moment où il se trouve dans sa plus grande dilatation.

Des choses nécessaires pour faire cette opération.

2103. Il nous paroît avantageux d'avoir deux bistouris pour bien exécuter cette opération, savoir, un droit et un courbe ; celui-ci doit être tranchant sur sa convexité, et celui-là doit avoir une lame très-étroite et boutonnée à son extrémité. Il faut aussi des aiguilles courbes et du fil ciré pour la gastroraphie, au cas qu'on juge convenable de la faire ; des linges fins, des compresses, un bandage de corps, et quelques liqueurs spiritueuses, comme l'eau vulnéraire, l'eau de vie, ou l'esprit de vin, qu'on affoiblit selon les circonstances avec l'eau commune.

2104. La femme doit être placée sur un lit assez étroit et assez élevé, pour que l'opérateur et les aides puissent agir librement, et avec le moins de gêne possible. Il faudroit que ce fût sur celui où elle doit passer les premiers temps de ses couches, afin qu'on ne soit pas obligé de la transporter et de la déranger aussi-tôt après l'opération. Dans ce cas, on le garnira de manière que les matelas ne soient pas mouillés par le sang et les eaux, et qu'en retirant les alaises, la femme s'y trouve à sec. Elle doit y être couchée sur le dos, ayant les jambes et les cuisses alongées, pendant le temps de l'incision, et à demi-fléchies, lorsqu'on fera l'extraction de l'enfant. On lui placera d'ailleurs un traversin sous les lombes pour les appuyer, et faire tomber le ventre un peu plus. Il faut aussi, avant de l'opérer, lui passer une chemise de couches, c'est-à-dire, fort courte, et fendue pardevant, telle qu'elle est indiquée au §. 1022. De la situation que doit avoir la femme.

## SECTION II.

*Du lieu où l'on doit faire l'incision extérieure.*

2105. Il n'y a presque aucun endroit du bas-ventre où l'on n'ait pratiqué l'incision extérieure dans l'opération césarienne. Les uns l'ont faite sur les côtés; d'autres transversalement, soit au-dessus ou au-dessous de l'ombilic, et plusieurs sur la ligne blanche (1).

(1) Un Chirurgien du village d'Attichi près Compiègne, qui avoit déjà fait l'operation cesarienne avec succès, la pratiqua une seconde fois en 1772, et tout aussi heureusement pour la mère, en faisant l'incision extérieure transversalement entre l'ombilic et le dessous des fausses côtes du coté droit. J'ai eu occasion de connoître ce Chirurgien quelques mois après cette operation, il ne put me rendre compte des raisons qui l'avoient determiné à opérer; la femme est accouchée très-naturellement depuis. M. *Talon*, Chirurgien très-connu à Dourdan, m'a envoyé la note d'une autre operation césarienne faite de la meme manière, il y avoit environ quinze ans alors, par le nommé *Sansons*

Parmi les premiers, quelques-uns ont conseillé de la faire obliquement en descendant de l'extrémité du cartilage de la troisième des fausses côtes vers le pubis; les autres lui ont donné la forme d'un croissant; et M. *Levret* vouloit qu'on la fît parallèlement au bord externe du muscle droit du bas-ventre, de manière cependant qu'elle fût également distante de ce muscle, et d'une autre ligne conduite de l'extrémité de la troisième des fausses côtes à l'épine supérieure de l'os des îles. Les uns et les autres ont prescrit d'inciser sur le côté droit, ou sur le côté gauche, selon l'état des viscères intérieurs; afin d'éviter, par exemple, de porter l'instrument sur le trajet d'une tumeur squirreuse, d'une hernie, etc. Outre ces raisons de préférence, M. *Levret* conseilloit encore d'avoir égard à l'attache du placenta, pour se décider à opérer plutôt d'un côté que de l'autre, et ne pas ouvrir la matrice dans le lieu où ce corps se trouve en quelque sorte greffé. Nous avons déjà démontré l'incertitude des signes d'après lesquels ce célèbre Accoucheur assuroit que le placenta étoit attaché à tel ou tel endroit; et conséquemment le peu d'attention qu'on doit à ce dernier précepte. S'il falloit inciser sur le côté du ventre, ce seroit sur celui où est incliné le fond de la matrice qu'il faudroit le faire, pour que ce viscère se présentât mieux à cette ouverture, et que les intestins et l'épiploon eussent moins de facilité à s'échapper dès le premier moment.

---

à la femme d'un Vigneron du village de Roinville-sous-Aunau, diocèse de Chartres. L'incision fut faite transversalement à un demi-pouce au-dessous de l'ombilic. M. *Tallibon* vit la femme le surlendemain de l'opération, celle-ci eut tout le succès qu'on pouvoit en attendre. On en trouve un autre exemple encore plus surprenant dans le Journal de Médec. de 1770. Le chirurgien ayant fait l'incision extérieure trop haut, en fit une autre obliquement en-dessous, etc. il pratiqua ensuite trois points de suture à la matrice, et cette opération eut tout le succès possible.

2106. L'incision sur le côté du ventre paroît plus féconde en accidens, et plus difficile à exécuter, que celle sur la ligne blanche. Il y a sur le côté, comme par-tout ailleurs, les tégumens et le tissu cellulaire, et on y rencontre de plus trois plans de muscles dont les fibres se croisent de telle manière qu'on ne peut se dispenser de couper la plupart en travers ou obliquement : ce qui donne lieu à leur rétraction, et empêche dans la suite la co-aptation de toute l'épaisseur des bords de la plaie, nécessaire à leur exacte réunion. En faisant l'incision obliquement dans cet endroit, on coupe en quelque cas certaines branches des vaisseaux épigastriques, qui serpentent au-delà du bord du muscle droit sur lequel l'incision s'étend assez souvent ; parce qu'il acquiert beaucoup de largeur dans les derniers temps de la grossesse : ce qui donne lieu à une hémorrhagie quelquefois assez considérable pour inquiéter, et engager à lier ces vaisseaux, ou à toucher leur extrémité coupée avec des médicamens stiptiques, comme l'a fait M. *Piestch* (1). Quand on incise sur le côté, à peine le péritoine est-il ouvert, que les intestins, pressés dans le bas-ventre, s'échappent en se dilatant, à moins que la matrice ne soit très-inclinée de ce côté, et viennent ajouter aux difficultés naturelles de l'opération. Si l'on n'est pas toujours à couvert de cet inconvénient en pratiquant l'incision à la ligne blanche, du moins arrivera-t-il bien plus rarement, et s'échapera-t-il toujours bien moins d'intestins. L'axe longitudinal de la matrice n'étant jamais exactement parallèle à l'incision oblique du bas-ventre, l'on ne peut ouvrir ce viscère sans que la plupart de ses fibres ne soient coupées en travers ou obliquement, ce qui donne

Inconvéniens de la section latérale du ventre.

(1). M. *Piestch* fut obligé de toucher avec un bouton stiptique une branche de l'artère épigastrique qu'il avoit coupée dans l'opération césarienne. *Voyez Journal de Médecine*, *Suppl.* 1770, *pag.* 173.

lieu également à leur rétraction, rend la plaie plus béante, favorise dans la suite l'issue des lochies par cette voie, et expose la femme à d'autres accidens. (1). Dans la section sur la ligne blanche, l'on ne fait, pour ainsi dire, que séparer les faisceaux des fibres longitudinales de la matrice ; de sorte que sa plaie se rétrécit bien davantage après l'opération. Enfin, dans la section latérale du ventre, l'on ne peut ouvrir la matrice dans son milieu, et l'incision qu'on y fait se rapprochant alors d'un de ses côtés, intéresse davantage les vaisseaux qui sont comme la source de tous ceux qui arrosent cet organe, et dont la lésion est plus à craindre que celle des sinus ou réservoirs qui aboutissent au placenta.

Avantages de la section à la ligne blanche, et de l'origine de cette section.

2107. Les inconvéniens attachés à l'incision latérale et oblique du ventre, nous disoit *Solayrès* dans ses leçons sur l'Art des Accouchemens, engageront un jour les Praticiens à la faire sur la ligne blanche. *En attendant, je vous conseille d'opérer en cet endroit*, ajoutoit-il ; *l'incision est plus facile et moins douloureuse, parce qu'il y a moins de parties à couper ; la matrice s'y présente à découvert, on l'incise dans sa partie moyenne, et parallèlement à ses fibres principales. Solayrès* auroit eu le mérite d'avoir, le premier, recommandé cette *nouvelle méthode*, si l'on n'en trouvoit aucunes traces dans les Auteurs avant l'année 1769 ; mais il indiquoit les sources où il en avoit puisée l'idée : c'étoit dans les Instituts de Chirurgie de *Platner*, et les observations de *Guenin* (2), Chirurgien de Crépy en Valois. S'il n'a point pratiqué ce qu'il enseignoit, c'est qu'il n'a jamais eu

(1) On a trouvé à l'ouverture du cadavre d'une femme qui avoit subi depuis peu de jours l'opération césarienne, une portion d'intestin engagée et pincée dans la plaie de la matrice.

(2) *Planter*, Instit. de Chirurgie. §. 1140. *Guenin*, Chirurgien de Crépy, Observ. sur deux opérations césariennes, faites avec succès.

occasion de faire l'opération césarienne : un de ses Elèves, dans ce temps même, a fait en province, mais sans succès à la vérité, ce qu'il auroit exécuté lui-même. Le texte de *Platner* et celui de *Guenin* n'ont pas été également expliqués par tous les Accoucheurs. M. *Deleurie* n'accorde pas au premier de ces Auteurs d'avoir proposé la section à la ligne blanche, ni à *Guenin* de l'avoir faite ; l'un parle de la section des muscles, et l'autre dit en avoir coupé : or, comme il n'y a point de muscles à la ligne blanche, réplique-t-il, celui-ci n'a point incisé sur cette ligne, et celui-là n'a point conseillé de le faire. Laissons au lecteur à en juger, d'après les notes ci-dessous (1).

2108. Si M. *Deleurie* n'appelle ligne blanche, que cette ligne étendue en longueur et sans largeur, qui descendroit du centre de l'ombilic au milieu de la symphyse du pubis, il a raison d'avancer que *Platner* Réflexions à ce sujet.

(1) *Incidantur juxta lineam albam*, dit Platner, *plagâ majori, quæ ab umbilico ad ossa pubis ferè descendit, tùm abdominis musculi, tùm peritonæum, ubi tamen vitandum ne violetur arteria epigastrica.*

« J'incisai les tégumens de la longeur de six pouces environ, dit » *Guenin*, en ligne droite, commençant à un pouce au-dessous de » l'ombilic et continuant jusqu'à un pouce au-dessus du *pubis* : ayant » ensuite fait situer la malade droite sur le dos, au lieu de penchée » qu'elle étoit, je continuai d'inciser la graisse, les muscles et le pé- » ritoine pour découvrir la matrice..... Je fis l'ouverture de la matrice » dans son corps à un pouce et demi environ de son fond..... La » méthode que j'ai suivie dans mon opération, diffère en plusieurs » points de celle que les Auteurs prescrivent. J'ai supprimé l'appareil » effrayant des ligatures, etc. J'ai ouvert la matrice antérieurement » dans son corps plutôt que dans son fond.... L'ouverture finit à deux » pouces de son col ».....

Le Certificat que les Chirurgiens de Crépy ont donné à M. *Guenin*, fournit la preuve la plus complète de l'incision à la ligne blanche. « Nous avons trouvé le sixième jour de l'opération, disent ces Chi- » rurgiens, une plaie au ventre longue de quatre à cinq pouces, dont » le bas étoit éloigné d'un pouce de l'aine, montant en droite ligne, » partie presque médiante, jusqu'à l'ombilic, éloigné de deux à trois » lignes de la ligne blanche. Ils ajoutent qu'ils ont trouvé l'incision » même un peu tournante autour de l'ombilic ».

n'a pas conseillé expressément de couper dessus, et que le Chirurgien de Crépy ne l'a point fait ; puisque l'un dit auprès, et que l'autre a fait son incision à deux lignes de là. Mais les Anatomistes comprennent sous le nom de ligne blache, cet espace aponévrotique qui sépare les muscles droits au-dessous de l'ombilic. Elle a toujours une largeur plus ou moins grande, qui augmente encore, et quelquefois même de beaucoup, dans les derniers temps de la grossesse ; parce que les muscles droits s'écartent alors. C'est sur cet espace aponévrotique que *Guenin* a incisé, c'est-là que nous conseillons d'inciser, et non pas précisément au milieu ou sur cette ligne mathématique, que M. *Deleurie* semble appeler ligne blanche ; parce que l'entre-croisement des fibres aponévrotiques rendroit la section un peu plus difficile en cet endroit.

**De quelques auteurs qui ont parlé de la section à la ligne blanche.**

2109. Quand *Platner* et *Guenin* n'auroient pas eu l'idée de la section à la ligne blanche, M. *Deleurie* ne pourroit encore s'en faire honneur, ni l'attribuer à M. *Waroquier*, Chirurgien de Lille en Flandre, qu'il cite dans sa dissertation (1) ; puisqu'elle avoit été pratiquée avant l'année 1772, sans succès il est vrai, par le célèbre *Henckel*, Professeur de Chirurgie à Berlin (2) ; et qu'il en est encore fait mention dans une Dissertation latine, imprimée à Vienne en 1776 (3).

**L'opération cesarienne à la ligne blanche n'a pas tous les avantages qu'on lui a attribués.**

2110. En quelque lieu qu'on ouvre le bas-ventre, et de quelque manière qu'on y procède, on ne diminuera jamais de beaucoup le danger de l'opération

(1) M. *Deleurie* n'avoit aucune idée de cette opération en 1770, lorsqu'il donna la première édition de son ouvrage, ni même en 1772, puisqu'il fit l'incision sur le côte du ventre. M. *Lauverjat* la préféra en juillet 1777 ou 1778, sur une femme qu'il opéra en présence de MM. *Dubertrand* pere et fils, *Coutouly* et *Ferrand*.

(2) *Voyez* les nouvelles Observations et Remarques de Médecine et de Chirurgie, par *Henckel*, publiées en 1772, en Allemand.

(3) *Caroli-Franc. Hopfensteck, Bohemo-pragensis Dissertatio inauguralis Medico-Chirurgico Obstetricia, de histerotomiâ.*

césarienne,

césarienne, parce qu'on ne sauroit écarter tout ce qui peut devenir contraire au succès de cette opération, ni procurer tout ce qui pourroit l'assurer. Elle doit être faite méthodiquement, c'est un fait incontestable, et le procédé le plus prompt, le plus facile, et le moins douloureux pour la femme, sera préférable à tout autre, si les suites n'en doivent pas être plus fâcheuses. En pratiquant la section sur la ligne blanche, la Chirurgie a fait un pas vers le bien, mais ce n'étoit pas le plus difficile. Il faudroit se mettre en garde contre les épanchemens puriformes et laiteux qui se font dans l'abdomen; défendre les viscères du contact de ces humeurs, et les préserver de l'atteinte dangereuse qu'ils en reçoivent : la section à la ligne blanche n'a pas ces avantages. Elle avoit réussi deux fois (1), au temps où nous avons fait paroître la première édition de cet ouvrage; mais quatre femmes dès-lors étoient mortes à sa suite, et on avoit trouvé chez elles des épanchemens de matières putrides (2). Si elle a eu de nouveaux succès depuis, elle a eu également de nouvelles victimes. Nous l'avons pratiquée deux fois; si nous avons conservé les enfans, l'une des femmes y a succombé le quatrième jour, et l'autre le cinquième : celle-ci étoit de la plus mauvaise constitution, et atteinte d'une dissolution scorbutique qui ne laissoit aucun espoir fondé de la soustraire à la mort; mais la première étoit robuste, et en état de supporter l'opération. Nous fûmes obligés, chez cette femme, d'y procéder sans délai; le travail de l'accouchement étant dans toute sa force depuis plus de vingt-quatre heures, et les eaux de l'amnios écoulées depuis vingt-une ou environ. Ce fut M.

(1) MM. *Deleurie* et *Waroquier* paroissent les seuls qui aient fait la section césarienne à la ligne blanche, avec succès.

(2) La femme opérée par *Henckel*, une autre en province par un des Élèves de M. *Sciayrès*, une par M. *Deleurie*, et la quatrième par M. *Moreau*, à l'Hôtel-Dieu de Paris.

*Sigault* qui nous appela ; la circonstance ne lui paroissant pas favorable pour la section du pubis (1).

2111. *On sent*, dit M. Deleurie, *tous les avantages d'avoir, pour ainsi dire, sous les yeux la plaie de la matrice pendant le cours de la cure, et qu'elle réponde directement à l'incision extérieure; les sucs que fournit la matrice ont par ce moyen une issue libre.* Ces avantages seroient très précieux sans doute, et assureroient souvent le succès de l'opération césarienne : mais jusqu'ici, on ne les a obtenus que bien rarement, et seulement comme par cas fortuit. Pour les assurer un peu plus, il faudroit ouvrir la matrice au haut de sa partie antérieure, presque jusqu'au centre de son fond, et non pas dans sa partie inférieure, comme on l'a fait le plus souvent : puisque cette région est celle qu'on a constamment trouvée vis-à-vis la plaie extérieure, à l'examen du cadavre des femmes qui étoient mortes des suites de l'opération césarienne ; tandis que la plaie de la matrice étoit cachée derrière les tégumens qu'on avoit conservés au-dessus du pubis ; et qu'il est presque im-

---

(1) Nous ne voyons pas ce qui a pu engager M. *Lauverjat* à faire mention de ce fait, dans l'ouvrage qu'il a publié sur l'operation césarianne, et à dire qu'il avoit été bercé de l'espoir d'opérer la femme jusqu'à l'instant où il apprit que je venois de le faire. Je ne la vis qu'à cet instant même pour la première fois ; depuis plusieurs mois il lui promettoit ses soins ; des Élèves avoient deposé entre ses mains de quoi subvenir aux besoins de cette femme ; depuis vingt-quatre heures elle réclamoit vainement ses soins ; je les sollicitai moi-même, et ce ne fut que sur le refus de mon confrère que j'operai. Je cédai à la nécessité, et vingt personnes peuvent l'attester. Si j'ai été moins *rigoriste* en operant cette infortunée chez elle, pour me servir des expressions de M. *Lauverjat*, on ne me reprochera pas, je pense, d'avoir manqué à ce que l'humanité et la charité exigeoient de moi. Ce n'est pas le seul point de l'exposé de M. *Lauverjat*, contre lequel je pourrois m'élever ; mais qu'en résulteroit-il, si ce n'est de faire connoître qu'il a été mal informé des details de cette operation et de ses suites ? Elle n'a pas eu de succès, et toute autre methode ne lui en eut pas assuré davantage.

possible de ne pas conserver, à cause de la vessie qui favoriseroit également l'épanchement des lochies dans la cavité abdominale, en masquant une partie de la plaie de la matrice, quand même celle des tégumens seroit prolongée jusque sur le pubis.

De ce qu'il faudroit faire pour que la plaie de la matrice se présente dans la suite à celle des tégumens.

2112. Si la plaie de la matrice correspond à celle du bas-ventre dans le moment de l'opération, elle ne peut se trouver vis-à-vis un instant après, et encore bien moins pendant le traitement; à moins que les bords de l'une ne contractent des adhérences avec ceux de l'autre: ce qui est arrivé quelquefois, et spécialement dans le cas où M. *Deleurye* a obtenu son premier succès de l'opération dont il s'agit, ainsi que dans l'un de ceux qui font le sujet des observations particulières de M. *Lauverjat.* Il faudroit, pour obtenir ce rapport que nous désirons, prolonger l'incision extérieure jusqu'à la hauteur de l'ombilic; commencer celle de la matrice vers le milieu de cette incision, et l'étendre au-dessus de l'angle supérieur, en coupant au-dessous des enveloppes du bas-ventre; comme nous l'avons fait sur les deux femmes que nous avons opérées: ces deux plaies deviendroient parallèles dans toute leur longueur, à mesure que la matrice se contracteroit sur elle-même après la délivrance, et il ne s'agiroit plus, pour en conserver le parallélisme, que de fixer ce viscère par un bandage disposé convenablement autour du ventre.

Vice de la méthode ordinaire de faire l'opération dont il s'agit.

2113. Il nous paroît bien plus important de prolonger la plaie extérieure jusqu'a l'ombilic, et même au-dessus, selon les circonstances, que de la faire en en-bas jusque sur le pubis; parce qu'on découvre le corps de la matrice, qu'il est à propos d'ouvrir le plus haut possible. En prolongeant l'incision extérieure en en-bas, l'on ne peut mettre à découvert que la partie inférieure de cet organe; celle qui, dans l'état naturel, en constitue le col, et qu'il

faudroit conserver dans l'opération césarienne (1). Une ouverture pratiquée dans cet endroit de la matrice, ne peut d'ailleurs jamais se présenter aux yeux du Chirurgien, dans la suite du traitement, quand il auroit divisé les enveloppes du bas-ventre jusque sur le pubis, puisque la vessie en recouvre toujours la majeure partie, même lorsqu'elle ne contient pas d'urine. *Voyez* la fin du §. 2111.

2114. En ouvrant la matrice dans sa partie inférieure, on prépare une voie facile aux lochies pour s'épancher dans le bas-ventre, parce que la cavité du corps de ce viscère, qui sert comme de réservoir à ces fluides, reste presque entière, et se trouve au-dessus de l'incision, qui ne paroît avoir été faite dans le lieu le plus déclive que pour leur égout. Cette incision conservant d'ailleurs, après l'opération, plus de largeur que l'orifice même de la matrice, et offrant moins d'obstacles au passage des lochies, favorise encore leur épanchement. En incisant la matrice près de son fond, la partie inférieure de sa cavité restant entière, pourroit servir de premier réceptacle à ces fluides, à mesnre qu'ils distillent des vaisseaux intérieurs ; de sorte qu'ils s'échapperoient plus aisément par le col. En outre, comme l'ouverture accidentelle de la matrice se trouvera, dans ce cas, vis-à-vis la plaie des enveloppes extérieures, l'épanchement s'en fera bien moins facilement dans le ventre. Si l'on se rappelle ces succès heureux que des hommes sans connoissances, mais

(1) Le col de la matrice n'est pas seulement ce petit bourlet qu'on nomme *museau de tanche*, dans l'etat naturel, et qui fait plus ou moins de saillie dans le vagin ; il forme souvent plus d'un tiers de la longueur totale de la matrice. S'il se développe entièrement dans les deux derniers mois de la grossesse, il reprend sa forme après l'accouchement, et revient insensiblement à son premier état. Ce sont les fibres de toute cette partie qne nous recommandons de ne pas inciser dans l'opération césarienne ; mais pour cela, il faudroit commencer l'incision au moins à deux pouces au-dessus du bourlet qui constitue le bord de l'orifice.

hardis, ont obtenu de l'opération césarienne, en ouvrant le ventre transversalement à la hauteur de l'ombilic, et la matrice, sans doute, dans son fond; l'exemple de M. *Guenin* qui étendit l'incision de cet organe jusqu'à un pouce de cette partie, on sentira tout le prix de cette remarque; c'est celle qui a porté M. *Lauverjat* à réduire ce procédé en méthode (1). Deux ou trois succès ne nous paroissant pas suffisans pour lui accorder la prééminence sur les autres méthodes, nous ne l'adopterons ni ne la rejetterons, parce que toutes en ont obtenu plusieurs. En attendant, nous préférerons la section à la ligne blanche.

## SECTION III.

### *De la manière de faire l'opération césarienne.*

2115. Après avoir déterminé l'endroit du bas-ventre et de la matrice qu'il convient d'ouvrir dans l'opération césarienne, il est nécessaire d'indiquer la manière d'y procéder. Mais avant tout, il paroît important de faire observer qu'on doit commencer par vider la vessie au moyen de la sonde, surtout lorsque la femme n'a point uriné depuis quelque temps. Malgré cette précaution, la vessie s'élève encore quelquefois tellement au-devant de la matrice, qu'elle en cache la majeure partie; ainsi que nous l'avons remarqué, après l'incision extérieure, sur une femme qu'on opéroit. Le bas-fond de la vessie, dans ce cas, étoit presque à la hauteur de l'ombilic, et la vessie même, quoiqu'on ait eu le soin d'en évacuer les urines, se présentoit dans toute l'étendue de l'incision des enveloppes du bas-ventre.

Précaution utile au moment d'opérer.

(1) Voyez son ouvrage intitulé : *Nouvelle Méthode de pratiquer l'opération césarienne*, 1788.

De la manière d'opérer.

2116. La femme étant située comme il est dit au §. 2104, on incisera profondément les tégumens et les graisses, si le sujet a de l'embonpoint, jusqu'à ce qu'on apperçoive les aponévroses qui forment la ligne blanche. On divisera celle-ci avec précaution, pour découvrir le péritoine et y faire une petite ouverture ; en se conduisant, à cet égard, à-peu-près comme dans l'opération de la hernie (1). On introduira l'index de la main gauche dans le bas-ventre, pour en soulever un peu les enveloppes, et écarter du trajet de l'instrument, auquel ce doigt servira de conducteur, les parties qu'il faut ménager. On étendra l'incision vers l'ombilic, ou le pubis, selon qu'on l'aura commencée plus haut ou plus bas, en coupant de dedans en dehors. Si le bistouri convexe sur son tranchant convient dans le premier moment, nous pensons que le bistouri droit boutonné et à lame étroite est préférable dans le dernier : il dispense de la sonde cannelée, qui seroit nécessaire pour diriger sûrement le bistouri ordinaire.

Etendue que doit avoir l'incision externe.

2117. Cette première incision doit s'étendre depuis le dessous de l'ombilic jusqu'à un pouce et demi au plus au-dessus de la symphyse du pubis. Elle aura un peu plus de longueur qu'on ne lui en donne ordinairement, il est vrai ; mais on découvrira davantage le haut de la matrice, et on pourra l'ouvrir plus près de son fond. Il nous paroît également préférable d'ouvrir le péritoine du haut en bas, que de bas en haut ; observant de côtoyer un des côtés de la vessie, quand elle s'élève autant qu'on le remarque à la fin du §. 2115.

Précaution à observer pendant l'opération.

2118. Pendant qu'on incise les enveloppes du bas-ventre, un aide fixera la matrice au milieu, en pressant un peu des deux mains sur les côtés, et

(1) On ouvre le péritoine deux fois dans cette opération ; une fois en pénétrant dans le bas-ventre, et une autre en incisant la matrice. L'opération césarienne ne peut se faire autrement.

un autre fera une pression semblable au-dessus de l'ombilic, afin de circonscrire en quelque sorte la tumeur utérine, et d'empêcher les intestins de venir se présenter à la plaie.

2119. M. *Levret* recommandoit de faire un gros pli transversal aux tégumens, dans le milieu de la partie qu'on vouloit inciser, afin de couper plus sûrement : mais indépendamment de la difficulté qu'on éprouveroit en bien des cas à former ce gros pli, nous le croyons inutile. On a prescrit aussi, d'après M. *Levret*, un procédé particulier, pour éviter l'issue des intestins ; peut-être a-t-il échappé à notre attention, mais nous ne le trouvons nulle part dans ses ouvrages. M. *Deleurie*, d'après lequel nous allons le rapporter, assure en avoir reconnu l'utilité dans la pratique. M. *Levret* desiroit, dit-il, comme *Heister*, qu'on n'incisât d'abord que la peau et la graisse, qu'on pénétrât dans la capacité de l'abdomen par la partie inférieure de la plaie, et qu'on commençât également par le bas, l'incision de la matrice, afin qu'elle soit continuée de bas en haut et de dedans en dehors, concurremment avec les muscles, à l'aide du doigt introduit dans ce viscère. Par cette précaution, aussi simple qu'ingénieusement apperçue, ajoutoit-il, le fond de la matrice sera toujours soutenu au-dessus de l'angle supérieur de la division des parties contenantes communes et propres, les intestins ne se présenteront pas pendant l'opération, etc. (1). Ce conseil, loin de nous paroître aussi utile qu'on l'annonce, pourroit avoir des inconvéniens qu'on évitera toujours en découvrant la matrice dans toute l'étendue qu'on doit ouvrir, avant d'y plonger l'instrument.

Opinion de M. Levret et d'un Auteur plus moderne.

2120. Le bas-ventre étant ouvert dans une étendue convenable, on fera faire une pression un peu

Autre précaution à prendre pour bien ouvrir la matrice.

(1) Observation sur l'opération césarienne pratiquée à la ligne blanche, etc.

plus forte au-dessus de l'ombilic, pour rapprocher davantage le fond de la matrice du niveau de l'angle supérieur de la plaie, et on ouvrira ce viscère au milieu de sa partie antérieure, en se servant du bistouri convexe, jusqu'à ce que l'on apperçoive les membranes. On ne fera à celles-ci qu'une petite ouverture pour le passage du doigt, et avec assez de précautions pour ne pas blesser l'enfant; on plongera l'index de la main gauche dans leur cavité, pour servir de conducteur au bistouri droit, avec lequel on continuera d'ouvrir la matrice en coupant de dedans en dehors, comme on le fait à l'égard des parties extérieures; en prolongeant l'incision au moins jusqu'au niveau de l'angle supérieur de la plaie des tégumens, et en la terminant à un pouce et demi ou environ au-dessus de l'angle inférieur, parce qu'en la continuant davantage vers le pubis, une partie de sa longueur se trouveroit cachée derrière la vessie, quelques heures après l'opération. L'étendue de cette incision doit être déterminée par le volume de l'enfant, qu'on suppose tel que sa tête a communément dix pouces à dix pouces et demi de petite circonférence. Une ouverture de cinq à six pouces suffit pour l'ordinaire; mais en général il vaut mieux la faire un peu plus grande que plus petite, pour éviter le déchirement de ses angles, lors du passage de l'enfant. Cette augmentation, dit M. *Levret*, est de peu de conséquence, par rapport à la grande diminution qu'éprouve cette plaie après la délivrance; sur-tout si on l'a faite avant l'ouverture de la poche des eaux, comme nous le recommandons.

Opinion de M. *Levret*, et d'un autre Praticien, à ce sujet.

2121. Le même Auteur conseille aussi de la faire un peu plus longue, quand les eaux sont écoulées depuis long-temps; ce qui n'est que trop ordinaire lorsqu'on est obligé d'en venir à l'opération césarienne; parce qu'une trop petite ouverture peut exposer la vie de la mère et de l'enfant, à cause des difficultés qu'elle oppose à la sortie de celui-ci.

M. *Solayrès* pensoit, au contraire, qu'on devoit lui donner d'autant moins d'étendue, qu'il y avoit plus de temps que les eaux de l'amnios étoient écoulées; parce qu'une incision de cinq pouces, disoit-il, intéresse alors plus de fibres, et prête davantage, qu'une de six pouces quand la matrice est dans sa plus grande distention, et contient encore les eaux. Quoique ce raisonnement paroisse assez juste, nous pensons que son Auteur auroit trop épargné les fibres utérines, et que M. *Levret* ne les auroit pas assez ménagées, s'ils eussent eu occasion l'un et l'autre de pratiquer l'opération césarienne. Il faut faire, dans tous les cas, une ouverture d'environ six pouces, si le volume de l'enfant l'exige.

Indications relativement au placenta.

2122. Il faudroit inciser le placenta, s'il offroit son milieu sous le tranchant du bistouri : mais quand son bord se trouve dans le voisinage de la plaie, il est plus expédient de l'en détacher pour ouvrir les membranes, comme nous l'avons fait dans la première des deux opérations que nous avons citées, et comme cela se pratique quand il est attaché sur le col de la matrice.

De la maniere d'extraire l'enfant après l'opération.

2123. Ayant ouvert la matrice convenablement, on y insinue la main pour prendre les pieds de l'enfant et les amener au-dehors; en se conduisant, à cet égard, de la même manière que si on vouloit retourner cet enfant et l'extraire par la voie naturelle. On en dégage les bras de même quand les épaules sont assez avancées, et on introduit ensuite un doigt dans la bouche pour entraîner la tête. Il ne faut s'écarter de cette règle, qu'autant que la tête se présente naturellement à la plaie de la matrice; si elle n'est expulsée promptement par les efforts de ce viscère qui tend à se resserrer, on en favorise l'issue en pressant légèrement le ventre de la femme des deux côtés et à quelque distance de l'incision; ou bien en insinuant l'index de chaque main, jusqu'au-dessous des angles de la mâchoire inférieure.

De la délivrance après la même opération.

2124. La matrice continuant de se resserrer sur elle-même après la sortie de l'enfant, ne tarde pas à porter le placenta vers la plaie et à l'expulser ; ce qu'on favorise encore en tirant sur le cordon ombilical, et bien plus sûrement en saisissant des doigts le bord du placenta aussi-tôt qu'il se présente pour le dégager plus facilement, et lui faire présenter moins de volume que si on l'entraînoit en continuant de tirer sur le cordon. Il faut également prendre soin d'extraire les caillots qui auroient pu se former dans la matrice, et de passer un doigt à travers le col de ce viscère, pour précipiter dans le vagin ceux qui pourroient s'y trouver engagés. Si la matrice restoit molle et sans action après l'issue du placenta, il faudroit la toucher un peu extérieurement et l'agacer, pour la relever de cet état d'abattement et l'obliger à se resserrer sur elle-même.

2125. Il coule peu de sang de la plaie de la matrice quand on l'a faite dans le milieu de sa partie antérieure, à moins que le placenta n'y ait été attaché. Si l'hémorrhagie est plus grande dans ce dernier cas, elle ne subsiste pas long-temps quand la matrice se contracte bien. Il n'en est pas de même lorsque l'incision a été faite ailleurs et vers les côtés de la matrice, quand l'instrument a coupé quelques-unes des grosses branches artérielles et veineuses ; la femme peut perdre plus de sang, en ce que l'hémorrhagie dure plus de temps, quelle que soit la contraction de la matrice. Si elle se soutenoit avec assez d'abondance pour donner de l'inquiétude, il faudroit toucher les lèvres de la plaie avec de l'eau froide, même avec un peu d'esprit de vin bien rectifié, comme quelques-uns l'ont déjà recommandé (1): au défaut de celui-ci, que l'on n'a pas

(1) Voyez les Instituts de Chirurgie d'*Heister*.

toujours sous la main, on se servira d'eau et de vinaigre, ou de vinaigre pur.

2126. L'hémorrhagie peut survenir quelques heures, et même plusieurs jours après l'opération césarienne, comme à la suite de toute autre espèce d'accouchemens ; mais, toutes choses égales d'ailleurs, elle est alors moins dangereuse que celle qui provient de la section des gros vaisseaux qui correspondoient au placenta, ou de ces branches artérielles et veineuses dont nous venons de parler. Il suffit, pour empêcher le sang de couler, de ranimer l'action tonique de la matrice, toujours languissante en pareil cas ; soit en agaçant et en stimulant ce viscère extérieurement, soit en y injectant, par la plaie, de l'eau froide, pure ou avec un peu de vinaigre, selon que l'inertie en sera plus ou moins grande ; comme on y en injecte par l'orifice, après l'accouchement ordinaire, dans le cas de perte.

## SECTION IV.

### *Du traitement qui convient à la suite de l'opération césarienne.*

2127. S'il s'étoit épanché du sang et des eaux dans la cavité abdominale pendant l'opération, il faudroit en procurer l'issue avant d'appliquer l'appareil ; soit en faisant prendre à la femme une situation commode, soit en pressant seulement des deux côtés sur les flancs. L'on a eu quelquefois recours aux injections d'eau tiède, pour laver la surface des viscères qui avoient été baignés par ces fluides. De pareils épanchemens seront rarement à craindre dans le moment de l'opération, si on la fait à la ligne blanche. Premier soin qu'on doit avoir après l'opération césarienne.

2128. La plaie de la matrice exige peu de soin : elle se resserre et diminue de plus de moitié en très-peu de minutes, excepté quand ce viscère reste Traitement de la plaie de la matrice.

dans l'inertie et ne peut se contracter sur lui-même. Cette plaie se consolideroit aisément, si elle ne servoit le plus souvent d'égout aux fluides abondans que verse la matrice dans les premiers jours des couches. *Rousset* et *Ruleau* conseilloient de l'arroser avec une infusion de plantes vulnéraires, et le dernier y appliquoit ensuite un mélange de baume d'*arceus* et d'huile d'*hypericum* : mais on conçoit clairement l'inutilité de toutes ces choses. La réunion est l'ouvrage de la nature, et l'hémorrhagie seule exige de nous une attention particulière.

Des moyens de procurer la réunion de la plaie extérieure.

2129. Dans tous les temps on a eu recours à la suture pour procurer la réunion des parties extérieures, et on l'a pratiquée de toutes les manières connues. C'est, sans contredit, le moyen le plus sûr d'obtenir une cicatrice ferme et solide : la nécessité d'entretenir une issue aux fluides qui s'échappent par la plaie de la matrice peut seule en contre-balancer l'utilité, et c'est sous ce point de vue que ceux qui l'ont employé conservoient une espèce d'égout au bas de cette plaie, en y passant une bandelette effilée.

2130. La suture n'est cependant pas indispensablement nécessaire après l'opération césarienne ; c'est un fait que l'expérience a déjà prouvé plusieurs fois. Il n'y a pas de plaie dont on puisse plus facilement rapprocher les bords ; la grossesse y ayant disposé toutes les parties environnantes, et les enveloppes du bas-ventre étant alors d'un tiers au moins plus étendues qu'il ne le faut pour embrasser convenablement les viscères. Mais il faut avouer aussi qu'il n'y a pas de circonstance où il soit plus difficile de maintenir ces mêmes bords dans un contact parfait, à cause de leur peu d'épaisseur et du peu de soutien qu'ils ont en dessous, sur-tout lorsqu'on a fait l'incision à la ligne blanche. Les plus petits mouvemens de la femme et la moindre pression que font les pièces d'appareil sur les environs, détruisent

ce contact si nécessaire à une parfaite réunion ; de sorte que bien souvent on a trouvé, au moment des pansemens, un paquet d'intestins au dehors, et comme affaissés sous le bandage. L'utilité de la suture semble donc naître ici, des dispositions même qui portent à s'en dispenser.

2131. La suture a des inconvéniens, et personne n'ignore qu'on a été plusieurs fois obligé de la relâcher, même de la couper, soit à cause de la tension du ventre, soit pour donner issue à des grumeaux de sang qui s'étoient formés dans cette cavité : malgré cela, nous pensons qu'on ne devroit pas la rejeter entièrement. La suture enchevillée, qui n'est ni plus difficile à pratiquer, ni plus douloureuse pour la femme, que la suture entre-coupée qu'on y a substituée sans raison, est la plus propre à procurer l'aglutination de toute l'épaisseur des parties divisées : autrement il n'y a que les tégumens qui se réunissent. Inconvéniens de la suture.

2132. La plaie dont il s'agit ne doit pas être considérée comme une plaie simple qui ne demanderoit qu'à être réunie, et personne ne l'a considérée comme telle, puisque chacun y a réservé un passage aux lochies, qui manquent rarement, dans les premiers jours, de sortir par cette voie. Mais qu'est-il nécessaire d'entretenir, pour l'issue de ces fluides, une ouverture de six à sept pouces, lorsqu'une beaucoup plus petite peut suffire ? L'air est ennemi des viscères du bas-ventre, et l'on ne sauroit trop les en préserver. Les intestins d'ailleurs veulent être contenus mollement, et souvent il arrive qu'ils sont froissés par le bandage, quand on veut épargner à la femme les douleurs de la suture.

2133. Ce seroit un abus de multiplier les points d'aiguille, comme l'ont fait quelques personnes ignorantes; mais il faut en pratiquer deux ou trois pour réunir environ les deux tiers supérieurs de la longueur de la plaie. Il suffit de conserver à la partie inférieure de celle-ci, une étendue d'environ deux

pouces ; la plaie de la matrice n'étant pas beaucoup plus grande le lendemain de l'opération, quand ce viscère s'est contracté sur lui-même, comme il le fait ordinairement après la delivrance. Nous ne décrirons pas la manière de pratiquer cette suture, parce que tous les Auteurs de Chirurgie en ont parlé: nous observerons seulement qu'il faut faire des nœuds en rosettes, pour la relâcher et la resserrer au besoin.

Du premier appareil. 2134. On place des compresses longuettes sur les côtés de la plaie, et par-dessus, une autre carrée; toutes trempées dans le blanc d'œuf battu avec de l'eau animée d'un peu de liqueur spiritueuse, soit d'eau de vie, d'esprit de vin, ou d'eau vulnéraire. Nous sommes d'avis qu'on mette aussi au défaut des hanches, c'est-à-dire, sur les flancs, deux petits coussins fort mollets, pour affermir le bandage et pousser en devant les fluides qui pourroient s'épancher dans le bas-ventre. On soutient le tout au moyen du bandage de corps.

2135. Cette plaie demande à être pansée plus souvent que toute autre plaie pénétrante du bas-ventre, afin de prévenir les épanchemens et la formation des caillots de sang, que cet appareil retient entre les lèvres de la plaie de la matrice et des tégumens: on lèvera donc l'appareil tous les jours, et même plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, si on a lieu de soupçonner ces épanchemens, ou bien l'issue des intestins ou de l'épiploon. Mais on aura le plus grand soin de ne jamais exposer la plaie au contact de l'air, sans nécessité. On la couvrira d'un linge fin trempé dans une eau mucilagineuse, à mesure qu'on en détachera l'appareil d'un côté. S'il nous paroît nécessaire en quelque cas de panser fréquemment dans les premiers temps, on pansera plus rarement quand les lochies auront pris leur cours par les voies ordinaires, et lorsque le bas de la plaie extérieure ne présentera

d'autre indication que celle de la réunion. Les pansemens doivent être toujours très-simples, et sans onguent.

2136. Il seroit quelquefois très-avantageux de faire des injections avec de l'eau tiède, ou une légère décoction d'orge, pour laver la surface des viscères arrosés par les lochies, et qui se présentent au voisinage de la plaie. Il ne seroit pas moins utile d'en faire dans la matrice même, par cette plaie, pour entretenir la liberté de son orifice, et disposer les lochies à y passer. Quelques-uns, avec *Rousset*, *Verduc* et *Ruleau*, ont recommandé dans ces dernières vues, d'introduire une cannule ou une espèce de pessaire creux, dans le col de la matrice ; mais indépendamment de ce qu'il seroit difficile d'y maintenir cet instrument, il ne pourroit servir au passage des caillots parmi lesquels il y en a de très-gros. La conduite du Chirurgien de Crépy (1) nous paroît préférable, quoiqu'elle ne soit pas conforme à l'opinion de tout le monde. Une femme qu'il avoit opérée depuis neuf heures, étant dans un état de suffocation considérable, éprouvant des foiblesses fréquentes, et vomissant presque à chaque minute, il découvrit la plaie et relâcha la suture, pour retirer du ventre et de la matrice, les caillots qui s'y étoient formés. Il y fit couler ensuite du vin tiède, et le contraignit de passer dans le vagin, en insinuant son doigt, par la plaie, à travers le col de la matrice même comme pour le déboucher : ce qui rétablit, dit-il, le cours des lochies, qui avoit été suspendu par la présence d'un grumeau de sang. Nous pensons qu'on ne s'occupe pas assez de cet objet, et qu'en débouchant de temps à autre le col de la matrice (qu'on nous passe cette expression), on assureroit davantage le succès de l'opération césarienne. Nous avons employé à ce dessein une bandelette effilée. On

Utilité des injections en pareil cas.

(1) M. *Guenin*.

nous en a fait un sujet de reproche dans un ouvrage des plus récens ; mais c'est contre toute raison qu'on a condamné ce moyen.

Du régime et des remèdes généraux qui conviennent après l'opération.

2137. Nous ne pouvons établir de règles invariables pour le reste du traitement, parce qu'elles ne doivent être déduites que des circonstances accessoires. Si la femme est forte et robuste, on la saignera plusieurs heures après l'opération, et on réitérera cette évacuation selon la nature et l'intensité des accidens qui se manifesteront. On entretiendra la liberté du ventre, par le secours des lavemens ; on prescrira une diète sévère et des boissons antiphlogistiques, comme l'eau de veau, aiguisée d'un peu de sel de nitre, etc. Ne pouvant donner ici que des règles générales à ce sujet, c'est à la sagacité du Chirurgien à s'en prescrire de particulières selon l'exigence des cas.

2138. Il faut engager la femme à nourrir son enfant, à moins que les premiers accidens de l'opération, ou ceux qui l'ont précédée, ne lui en ôtent les facultés. Plusieurs Praticiens ont déjà donné ce précepte, et ont fait suppléer à la succion de l'enfant, par celle qu'on exerce au moyen d'une pipe, ou en faisant teter de petits chiens. C'est le moyen d'appeler l'humeur laiteuse vers les mamelles, de la détourner de la matrice, et de tarir plus promptement la source des écoulemens qui se font par la plaie de ce viscère.

Précaution utile après la consolidation de la plaie.

2139. Après la consolidation parfaite de la plaie, la femme ne devroit pas se dispenser de porter un bandage convenable, pour prévenir la hernie consécutive qui arrive à la plupart de celles qui ont souffert l'opération césarienne, et dont le volume devient quelquefois énorme.

ARTICLE

## ARTICLE V.

### *Des grossesses par erreur de lieu, communément appelées extra-utérines.*

*De la grossesse extra-utérine, et de ses espèces.*

2140. La matrice n'est pas le seul endroit où l'enfant puisse se former, se nourrir et s'accroître; puisqu'il s'en est trouvé dans les trompes, dans les ovaires, et dans la cavité abdominale : ce qui constitue trois espèces de grossesses extra-utérines, quoique les symptômes et les suites en soient, à peu de chose près, les mêmes. Si le premier siége de l'homme, comme l'a dit le savant et illustre Baron *de Haller*, et ainsi que beaucoup d'autres l'ont pensé, est manifestement dans l'ovaire; si c'est-là où il est conçu, et si la trompe n'est que le canal destiné à le transmettre dans la matrice, ces sortes de grossesses ne doivent pas nous surprendre, et celles où l'enfant se développe dans la matrice même, sont bien plus propres à exciter notre admiration. Que d'obstacles en effet l'œuf fécondé, ou le premier produit de la conception, ne doit-il pas rencontrer avant que d'y arriver, et que de facilité la trompe, si étroite du côté de ce viscère, et si large vers le ventre, ne lui offre-t-elle pas à descendre, et à tomber dans cette cavité!

2141. De ces trois espèces de grossesses par erreur de lieu, celle de la trompe paroît la plus ordinaire : un grand nombre d'Auteurs, tels que *Dowglas*, *Santorini*, *Riolan*, *Duverney*, *Solingen*, etc., en rapportent des exemples; tandis qu'on en rencontre à peine quelques-uns de fœtus logés dans les ovaires. Nous y avons trouvé, il y a plusieurs années, une masse osseuse assez informe, entourée de neuf dents bien solides, et beaucoup de cheveux entre-mêlés dans une grande quantité de matière comme buty-

reuse (1). *Dionis* (2), *Simon* (3), M. *Galli* (4), etc. fournissent des observations de grossesses, où le fœtus s'étoit développé dans la cavité du bas-ventre, et dont le placenta adhéroit au mésentère, au bas de la colonne lombaire, à l'une des trompes, ou sur le fond de la matrice. Si quelques-uns des enfans qui se sont trouvés dans la cavité abdominale, à l'ouverture du cadavre de la mère, sembloient y avoir été conçus, comme ceux qui font le sujet des observations rapportées par *Dionis*, *Simon* et *Galli*, les autres y étoient tombés à la suite de la rupture de la matrice, ou de l'une des trompes dans lesquelles ils s'étoient formés et plus ou moins développés.

## SECTION PREMIÈRE.

### *Des signes des différentes espèces de grossesses extra-utérines.*

Temps où l'on peut reconnoître ces sortes de grossesses.

2142. Il est presque impossible de reconnoître ces grossesses avant l'époque où les mouvemens de l'enfant se font sentir, c'est-à-dire, avant le quatrième, et même le cinquième mois, si à la rigueur nous n'avons, avant ce terme, que des signes incertains de la grossesse ordinaire. Lorsque l'enfant se forme et se développe hors des voies ordinaires, la femme, au rapport de quelques Auteurs, ne cesse pas d'être réglée, et ne vomit point dans les premiers temps comme dans les autres grossesses; ce qui fait qu'elle ne peut se soupçonner enceinte d'aussi bonne

(1) *Voyez* §. 1964.

(2) Dissertation sur la génération.

(3) Recherches sur l'opération césarienne. Mémoire de l'Académie de Chirurgie.

(4) Mém. de l'Académie des Sciences de Bologne, tome II, part. 3. L'observation de M. *Galli* est aussi insérée dans le supplément de la Chirurgie d'*Heister*, part. II, page 67.

heure : les mamelles ne filtrent pas de lait, le ventre ne se tuméfie que du côté de la trompe ou de l'ovaire qu'occupe l'enfant, et les mouvemens de celui-ci se font sentir dans un autre lieu ; ces grossesses enfin sont compliquées de mille accidens, pour ainsi dire, dès le moment où elles commencent : mais tous ces indices, souvent démentis par l'expérience, sont on ne peut pas plus illusoires. La femme qui fait le sujet de l'observation communiquée par *Ciprianus*, ne fut pas réglée pendant le cours de sa grossesse, et cette évacuation ne reparut qu'après le dixième mois, environ cinq ou six semaines après l'époque des douleurs que cette femme avoit éprouvées pour accoucher. Dans l'exemple de grossesse par erreur de lieu, publié par *Simoa*, d'après *Sabatier* le père, il y eut des coliques et un vomissement continuel, depuis le commencement jusqu'à la fin. Combien de femmes d'ailleurs ne sont-elles pas réglées dans les trois ou quatre premiers mois d'une bonne grossesse ? combien d'autres qui ne vomissent dans aucun temps de celle-ci, et qui n'ont pas la moindre apparence de lait dans les mamelles ? Quant à la tuméfaction du ventre, nous n'entrevoyons pas bien clairement pourquoi elle seroit différente de ce qu'on remarque dans une grossesse ordinaire, où le fond de la matrice est incliné vers l'un des côtés du ventre ; sur-tout dans le dernier temps, qui est celui où la femme réclame les secours de l'art. Il n'en est pas de même, il est vrai, dans les premiers mois, quand la grossesse a son siége dans l'une des trompes ou dans l'un des ovaires ; la tumeur circonscrite qu'elle présente occupe alors un des côtés et ne peut se porter sur l'autre.

2143. Ce n'est que par le toucher qu'on peut découvrir le siége d'une grossesse que les mouvemens de l'enfant ont déjà mise en évidence. Il n'est même pas impossible de reconnoître, par ce moyen, si l'enfant occupe la trompe ou la cavité abdominale,

même si le placenta est attaché sur le fond de la matrice ou non. La femme étant couchée sur le dos, de manière que les muscles abdominaux soient relâchés, on commence par s'assurer de l'existence de l'enfant, soit par ses mouvemens, soit en touchant ses membres. Ensuite on introduit un doigt dans le vagin, pour juger de l'état du col de la matrice et de la grosseur de son corps (1). L'un et l'autre doivent être à-peu-

(1) L'examen anatomique d'une femme morte des suites d'une grossesse extra-utérine, nous a confirmé depuis peu dans l'opinion où nous étions qu'on pouvoit reconnoître l'existence de ces sortes de grossesses par le toucher, et pour ainsi dire en déterminer le siége. Nous regrettons de n'avoir pu ouvrir deux autres femmes chez lesquelles nous paroissions également fondés à admettre une pareille grossesse.

La première nous fut adressée vers le milieu d'octobre 1792, par un Médecin de Joinville qui lui avoit donné des soins pendant plusieurs mois. Elle arriva à Paris dans un état de fièvre de pourriture qui ne laissoit aucun espoir de la conserver, et elle mourut le 10 novembre suivant.

Elle etoit devenue grosse vers les premiers jours d'octobre 1791, et n'avoit éprouvé jusqu'au 20 décembre que les accidens très-ordinaires à cet état, tels que des dégoûts, des nausées, des vomissemens, la suppression des régles; mais à cette époque du 20 décembre, elle ressentit de violentes coliques dans la région hypogastrique spécialement, qui se soutinrent pendant deux mois, et pour lesquelles elle prit soixante bains.

Les mouvemens de l'enfant se firent sentir, pour la première fois, le 19 février 1792; et pour la dernière fois, le 30 mai suivant.

Vers le 4 juillet, cette femme commença à perdre des eaux roussâtres, et en si grande abondance qu'elle mouilloit chaque jour une grande quantité de linge, et que sa chambre en étoit inondée; elle perdit aussi beaucoup de sang; cette perte continua par intervalle jusque vers la fin de septembre.

A l'instant même où elle commença à perdre des eaux et du sang, elle ressentit de violentes coliques et des maux de reins qui lui firent croire qu'elle alloit accoucher; ces douleurs cessèrent après quelques temps, et furent remplacées par d'autres, tantôt plus aigues et tantôt moindres, mais habituellement sourdes, qui furent accompagnées de fièvre, de dévoiement et d'insomnie.

Arrivée à Paris dans cet état et presque mourante, le 28 octobre, je la vis le surlendemain, et je reconnus en palpant le ventre, et en

près dans l'état naturel; la matrice, du moins, doit être beaucoup plus petite qu'elle ne l'est à pareil terme de la grossesse ordinaire; car, en admettant que son volume augmente dans la grossesse extra-utérine, comme l'annonce M. *Levret*, d'après un

---

touchant du côté du vagin, qu'il existoit un enfant, mais qu'il étoit hors de la matrice.

La tete de cet enfant se présentoit au doigt introduit dans le vagin; l'épaisseur des parties qui l'enveloppoient permettoit de suivre distinctement une des sutures, et de reconnoître la grande fontanelle ou fontanelle antérieure. La position de cette tête étoit la plus naturelle. Sa grosseur me fit juger que c'étoit un enfant de huit mois; il étoit mort, comme on peut le présumer.

Le col de la matrice étoit dirigé sur le côté gauche de la symphyse du pubis; il étoit on ne peut plus facile à toucher; sa forme, sa longueur, son épaisseur, sa fermeté étoient, comme chez la femme qui n'est point enceinte. Son orifice se trouvoit fermé au point de ne pouvoir admettre le bout du doigt. Le corps de la matrice se faisoit remarquer aussi facilement que son col; il s'élevoit derrière le pubis gauche au-dessus duquel son fond se découvroit clairement avec un peu d'attention. Ce viscère formoit comme une petite tumeur aplatie et alongée, appliquée à la partie antérieure, inférieure et un peu latérale gauche de la poche qui contenoit l'enfant.

La grossesse étoit très-inclinée vers le côté droit du ventre.

Je jetai ces observations sur le papier après ma première visite, et je crayonnai de quelques traits la forme et le rapport des deux tumeurs, c'est-à-dire, de la poche qui contenoit l'enfant; et de la matrice, en attendant que l'ouverture du cadavre pût rectifier l'idée que j'avois conçue de l'état de la femme.

Cet examen anatomique eut lieu le 11 novembre; il nous fit voir que je ne m'étois pas trompé dans mes premières recherches, que l'enfant se présentoit comme je l'ai annoncé, que la matrice n'avoit que ses dimensions naturelles, et que ses rapports avec la tumeur formée par cette espèce de grossesse, étoient exactement tels qu'ils sont désignés.

L'enfant s'étoit évidemment développé dans la portion la plus large de la trompe de Fallope, du côté droit; il étoit de la grosseur du plus fort des enfans de huit mois; c'étoit un garçon, il étoit entier, assez bien conservé, et sa peau n'étoit altérée et détruite qu'en très-peu d'endroits. Je l'ai conservé pendant 27 mois, et dans un vase ouvert à l'air, sans autre soin que celui de renouveller l'eau après son évaporation. Je l'ai retiré de la glace après plus de six semaines entières

seul fait (1), cette augmentation ne doit être bien apparente qu'autant que le placenta a quelque rapport avec ce viscère. Elle reste fermée jusque dans les derniers momens de la grossesse extra-utérine, et son col ne subit aucun changement; si ce n'est qu'il devient un peu plus gros en quelque cas, et s'entre-ouvre un peu, comme le dit M. *Galli* (2), dans les efforts infructueux que fait la nature pour se délivrer de l'enfant au terme ordinaire.

2144. L'existence d'une grossesse extra-utérine étant bien reconnue, il n'est peut-être pas impossible de déterminer le lieu où est renfermé l'enfant, c'est-à-dire, s'il est dans l'une des trompes ou l'un des ovaires, ou bien dans la cavité abdominale. Dans le premier cas, ses mouvemens doivent être moins vagues et ses membres plus resserrés, à cause de l'enveloppe que lui fournit la trompe; le corps de la matrice, qu'on découvre par le procédé indiqué depuis le §. 381 jusqu'au 385 inclusivement, est inhérent à la tumeur que forme le sac qui contient l'enfant, et ne peut en être séparé: c'est comme une autre tumeur ajoutée sur celle-ci. La même chose a lieu quand l'enfant s'est formé dans l'ovaire, ou bien lorsqu'il se trouve dans le bas-ventre, le placenta étant greffé sur le fond de la matrice. Dans ce dernier cas, ses mouvemens sont plus étendus

---

de congélation, et il s'est desséché comme les pièces d'anatomie, la poitrine et le ventre seuls s'étant détruits par la pourriture.

Nous supprimons ici beaucoup de détails très intéressans sur cette grossesse extra-utérine, qui formeroient la matière de huit à dix pages d'impression; nous les donnerons dans un autre temps.

Le Citoyen *La Croix*, étudiant en Chirurgie et Elève du Citoyen *Brador*, que j'avois appelé pour ouvrir le cadavre, a donné l'esquisse de ce fait dans le journal des découvertes relatives aux différentes parties de l'art de guérir, par *M. de Fourcroy*, tome IV, *page* 346.

(1) Observations sur les Accouchemens laborieux, partie II, page 427, édition 4.

(2) Mémoires de l'Académie des Sciences de Bologne, tome II, partie 3.

et plus vagues, parce que ses membres ne sont pas resserrés dans un espace aussi borné que dans la grossesse tubaire. On peut distinguer plus nettement le corps de la matrice d'avec la tumeur formée par le produit de la conception, pourvu que le placenta n'y soit point attaché, et on peut l'écarter plus ou moins, en pratiquant le toucher convenablement.

## SECTION II.

### *Événemens de la grossesse extra-utérine en général, et des indications qu'elle présente.*

Événemens qui suivent la grossesse de la trompe.

2143. Il est extrêmement rare qu'une grossesse extra-utérine parvienne aussi heureusement à terme qu'une grossesse ordinaire ; sur-tout celle où l'enfant est dans la trompe, parce que le tissu de ce canal étant très-mince, ne peut acquérir assez d'expansion pour le contenir, et ne reçoit pas d'ailleurs assez de sang pour fournir tout ce qui est nécessaire au développement de l'enfant et à celui du placenta. La plupart des fœtus trouvés dans les trompes ou les ovaires, n'offroient que le volume de ceux de trois ou quatre mois de conception, et souvent même ils étoient plus petits : à peine s'en est-il rencontré quelques-uns qui aient paru parfaitement à terme. L'illustre Baron *de Haller* n'en cite qu'un ; encore n'entre-t-il dans aucun détail sur ce fait, et n'en indique-t-il pas l'Auteur (1). M. *le Roux*, Chirurgien de Dijon, parle d'un autre, dont M. *Marchand*, son confrère, lui avoit fait part ; mais il n'en fait pas connoître les circonstances (2). Un Élève de l'Hôtel-Dieu de

(1) Système sur la génération, traduit en Français.

(2) *Voyez* ses observations sur les hémorrhagies de la matrice, ou les pertes de sang. On lit encore une autre observation de grossesse tubaire parvenue à terme, dans le Journal de médecine, du mois de janvier 1774. Mais ce fait est si singulier, et l'Auteur qui

Paris en a, depuis peu d'années, présenté une autre observation à l'Académie de Chirurgie (1), et on peut y joindre celui dont nous venons de parler. Quelques-uns des Membres de l'Académie ont jugé que l'enfant, qui paroissoit bien à terme dans le fait de *Balthazar*, étoit dans l'extrémité de la trompe; mais le plus grand nombre a pensé qu'il étoit dans l'ovaire gauche.

2146. Il paroît, malgré ces exceptions, que la trompe ne peut se développer au-delà de ce qu'il faut pour contenir un enfant de trois ou quatre mois. C'est à cette époque qu'il périt pour l'ordinaire; après quoi il se dessèche ou se putréfie. Quelquefois aussi la trompe se déchire, et le laisse échapper dans le bas-ventre, où il ne tarde pas à subir les mêmes altérations. Le sort de la femme, dans tous ces cas, est différent, selon celui que l'enfant éprouve: elle peut vivre long-temps, même sans que sa santé en soit beaucoup altérée, lorsqu'il se dessèche et se pétrifie en quelque sorte; mais elle ne tarde pas à ressentir les effets de sa putréfaction, quand elle a lieu.

2147. Le sort de l'enfant qui a pris son accroissement dans la cavité abdominale, n'est pas fort différent de celui de l'enfant qui s'est formé dans la trompe. S'il peut s'y développer davantage, y vivre plus long-temps, et parvenir au terme de sa maturité ordinaire, ne pouvant sortir par les voies naturelles, il périt à la suite des efforts inutiles que fait la nature pour s'en délivrer; et produit le plus

l'a communiqué paroît avoir si peu de connoissance, qu'il est permis d'en douter.

(1) M. *Balthazar*, au mois de juin 1783, la femme étoit morte à l'Hôtel-Dieu le 4 du mois précédent, et se croyoit grosse depuis le commencement d'août 1782. M. *Alian*, notre confrère, lui avoit donné des soins chez elle pendant cinq mois consécutifs, et avoit fortement présumé l'existence de l'espèce de grossesse dont il s'agit, qui fut singulièrement orageuse.

souvent des accidens redoutables et fâcheux. La femme n'y succombe pas toujours, mais pour une qui a le bonheur d'échapper à tant d'écueils, dix au moins en sont victimes. Dans ce cas, comme dans les autres grossesses extra-utérines, l'enfant et ses enveloppes se dessèchent quelquefois, et la nature assure encore à ce moyen des jours plus ou moins longs à la mère, mais qui ne sont pas exempts de troubles et de douleurs dans les premières années. Les Auteurs nous ont conservé l'histoire de plusieurs femmes qui ont porté de pareils enfans pendant l'espace de vingt-deux, de vingt-cinq, de trente, et même quarante-six ans.

2148. Le dessèchement de l'enfant n'est pas le seul moyen par lequel la nature tende à la conservation de la femme, dans les grossesses extra-utérines; quelquefois elle se pratique des voies différentes pour se débarrasser de cet enfant et de ses accessoires. Il survient des inflammations aux parties adjacentes, et il se forme des dépôts qui se font jour tantôt à la surface abdominale et tantôt dans le canal intestinal, par où les débris du fœtus sont expulsés à la longue. Mais combien cette voie n'est-elle pas incertaine et périlleuse, quand l'enfant conçu hors de la matrice y a acquis tout l'accroissement qu'il a coutume de prendre dans ce viscère même! combien de fois la femme n'auroit-elle pas succombé aux accidens inséparables de ces sortes de dépôts, si l'art ne lui eût tendu une main secourable, et n'eût à propos secondé les efforts de la nature, en agrandissant l'entrée des sinus qu'elle s'étoit pratiqués, et en la débarrassant du corps étranger qu'elle y présentoit!

2149. Les grossesses extra-utérines ne sont pas les seules qui se terminent de cette manière: la main bienfaisante de la nature se montre quelquefois de même dans la grossesse ordinaire, lorsque ses efforts ont été infructueux pour se délivrer de l'enfant par

les voies accoutumées. Plusieurs fois il a été rejeté ou extrait par des abcès qui s'étoient ouverts au-dessous de l'ombilic, ou dans un autre point de la surface abdominale. Les Chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Paris ont été témoins, en 1777, d'un fait des plus intéressans, qui dépose en faveur de cette vérité, et l'Académie de Chirurgie en publiera sans doute un autre qui lui a été communiqué depuis par un Chirurgien de Montauban. Nous donnions nos soins à une femme qui étoit dans le même cas, et qui touchoit au terme de sa parfaite guérison au moment où nous achevions l'impression de la seconde édition de cet ouvrage (1).

2150. Si les seuls efforts de la nature, à la suite des grossesses extra-utérines, ont assuré plusieurs fois

---

(1) Cette femme est celle à laquelle M. *Millot* a fait l'opération césarienne en 1774, et que nous avons accouchée plusieurs fois depuis, au terme de sept mois. *Voyez* §. 1990. Elle touchoit à peine à la fin du quatrième mois de sa sixième grossesse, vers le premier janvier 1789, lorsqu'elle fit une chûte sur des monceaux de glaçons, en traversant les rues de Paris, et se froissa fortement le ventre. Deux mois après cette chute, l'endroit qui avoit été contus s'ouvrit, et il en sortit beaucoup de matières sanieuses et purulentes des plus fétides, qui entraînèrent des débris de chairs pourries, et quelques pièces osseuses que cette femme prit pour des os de poulet, quoiqu'elle ne se ressouvînt pas en avoir mangé depuis long-temps. Elle continua néanmoins de courir et d'aller travailler en journée chez des personnes qui l'occupoient, jusque vers la fin de mars, que de plus fortes douleurs la contraignirent de se mettre au lit et de m'appeler à son secours. Plusieurs pièces osseuses se présentoient alors à l'entrée de l'ulcère, et je fis l'extraction au moins de quatre-vingts autres, ainsi que de beaucoup de débris de chairs. En moins de huit jours, l'ulcère de la matrice fut consolidé, et celui des enveloppes du bas-ventre n'eût pas tardé à se cicatriser, s'il n'en avoit été empêché par le passage des matières stercorales, un des intestins étant ouvert de la largeur d'une pièce de vingt-quatre sous, ou environ, et ayant contracté des adhérences au bord de cet ulcère. Malgré cette complication, la guérison fut complète avant la fin d'avril; M. *Trainel*, notre confrère, y a singulièrement coopéré par un bandage des plus ingénieux, qui ne pouvoit convenir qu'à la circonstance. Nous avions cru que l'intestin qui s'étoit ouvert à la suite de cette contusion dont nous venons de

la vie de la mère, quoiqu'en l'exposant à mille dangers; si la femme bien plus souvent n'a été redevable de cet avantage qu'aux secours de l'art, que de maux ces secours toujours trop tardifs pour l'enfant et souvent pour la mère, n'auroient-ils pas prévenus, si la Chirurgie eût été moins timide à les proposer, ou si elle eût rencontré des femmes assez courageuses pour s'y soumettre à temps! L'ouverture du bas-ventre (1), et de la trompe, selon les circonstances, en arrachant à la mort quelques-unes de ces femmes, auroit pu assurer en même temps la vie à plusieurs des enfans conçus hors des voies ordinaires (2). « Ce qu'il y a de plus douteux dans ces » sortes de cas, dit M. *Levret*, n'est pas la difficulté » de faire l'opération, parce qu'alors on n'incise pas » la matrice, et elle est en cela bien plus simple » que l'opération césarienne, mais quant aux suites, » on n'en peut pas dire autant; car elles seroient, » selon moi, très-dangereuses, à cause de l'hémor- » rhagie qui suivroit nécessairement le décollement » du placenta, de la partie où il se trouveroit im- » planté..... aucune partie du bas-ventre n'ayant la » faculté de se contracter alors subitement à un degré » aussi considérable que la matrice. »

2151. C'est cette même crainte de l'hémorrhagie qui a empêché presque tous ceux qui ont rencontré

---

parler, étoit le colon, près l'S romaine, comme on le voit dans notre seconde édition, mais l'ouverture du cadavre de la femme, morte près de trois ans après cet accident, et des suites d'un second accouchement postérieur à ce même événement (en octobre 1791), a fait reconnoître que c'étoit l'intestin iléon qui étoit encore adhérent à la cicatrice de l'ulcère des enveloppes du ventre.

(1) Il auroit été possible de procurer l'issue de l'enfant dans le cas rapporté en notre §. 2143, n°. 1, en incisant sur la tumeur que formoit la tête du côté du vagin; comme nous le ferons remarquer dans les réflexions que nous publierons un jour sur ce fait.

(2) *Voyez* Recherches sur l'opération césarienne, par M. *Simon*. Mém. de l'Acad. de Chirurgie.

ces grossesses extra-utérines, d'ouvrir le sein de la femme dans le temps où la nature l'indiquoit, par les efforts qu'elle faisoit pour se délivrer de l'enfant. Cette hémorrhagie seroit-elle donc plus à craindre, quand l'enfant se trouve dans la trompe, ou dans le bas-ventre, son placenta étant attaché sur le fond de la matrice, qu'après l'opération césarienne? et quelles suites ces hommes timides pouvoient-ils espérer de leur conduite? Ils ont épargné à la femme les douleurs de l'incision, il est vrai, mais en l'exposant à une foule d'accidens tout aussi dangereux que l'hémorrhagie même qu'ils redoutoient. Par cette opération, l'on auroit soustrait à la mort l'enfant de la femme dont parle *Cyprianus;* celui d'une autre femme, dont *Simon* rapporte l'exemple d'après *Sabatier* le père; de celle qui fait le sujet de l'observation de M. *Galli* (1); et d'une autre encore, dont M. *Balthazar* a fait part à l'Académie de Chirurgie en 1783. *Voy.* §. 2146. En assurant la vie à ces enfans, on auroit pu la conserver à plusieurs des femmes qui la perdirent presque au même instant que leur enfant.

2152. La crainte de l'hémorrhagie après la délivrance, ou celle de déchirer les parties auxquelles le placenta est attaché, telles, par exemple, que l'épiploon et le mésentère, en faisant effort pour l'en séparer, n'est pas, selon nous, une raison suffisante pour faire rejeter l'opération dont il s'agit. Ne devroit-on extraire que l'enfant dans le premier moment pour lui assurer la vie, le motif est assez puissant pour nous déterminer à la faire. On a déjà proposé de laisser alors le placenta jusqu'à ce qu'il se soit détaché de lui-même, et qu'il vienne se présenter à la plaie dans laquelle on aura eu soin de retenir le cordon. Quel mal y auroit-il à se conduire de cette manière? La putréfaction de cette

(1) Mémoires de l'Académie des Sciences de Bologne, tome II, partie 3.

masse spongieuse seroit-elle plus à redouter que si l'on n'avoit pas fait d'opération? Tout parle en faveur de celle-ci, malgré le danger qui peut la suivre, parce que le péril est encore plus certain, si on ne la fait pas. Les accidens excités par la présence de l'enfant se joignent bientôt à ceux qui naissent de sa putréfaction et de sa dissolution; les fluides corrompus ne pouvant s'écouler infectent les viscères du bas-ventre, et la mort ne tarde pas à frapper sa victime.

2153. Dans le cas où la prudence auroit suggéré de laisser le placenta dans le sein de la femme, soit par la crainte de l'hémorrhagie, soit par celle de déchirer la partie à laquelle il est attaché, s'il ne se détache pas de lui-même dès les premiers momens, sa putréfaction sera moins dangereuse pour la femme, que dans celui où l'on n'auroit pas fait l'opération; soit parce que les fluides putréfiés, pouvant s'écouler par la plaie, séjourneront moins dans la cavité abdominale; soit parce qu'on pourra faire des injections convenables dans celle-ci.

2154. La conservation de l'enfant n'est pas le seul motif qui doive nous engager à ouvrir le sein de la femme dans le cas de conception extra-utérine; sa mort ne devroit pas toujours nous dispenser de recourir à cette opération, qui n'en devient souvent que plus urgente, à cause des accidens auxquels la présence de cet enfant donne lieu.

Du temps où il faudroit pratiquer la section du ventre en pareil cas.

2155. Cette opération a un temps d'élection et un de nécessité, la nature indique le premier par les efforts qu'elle fait pour se délivrer de l'enfant, comme au terme ordinaire d'une bonne grossesse; le temps de nécessité est marqué par les accidens multipliés que la femme éprouve, plutôt ou plus tard, après la mort de l'enfant. Le lieu où l'on doit opérer n'est pas non plus toujours le même: on doit ouvrir sur le côté droit, quand l'enfant occupe la trompe droite, et *vice versâ*; au milieu du ventre, lorsqu'il est dans

la cavité abdominale ; enfin, sur l'endroit que la nature indique, soit par un abcès ou un sinus, quand elle a déjà fait quelques efforts salutaires pour se débarrasser du corps étranger. Du reste, l'on doit se conduire après l'opération, selon les circonstances qui se présentent. Cette opération, dont on avoit entrevu la nécessité depuis long-temps, paroît aujourd'hui revêtue du sceau de l'observation. Outre les exemples de gastrotomie faite avec succès dans les cas où la nature avoit manifesté son intention par un abcès, ou un sinus qui s'étoit ouvert à l'extérieur, il en est qui tendent à la faire adopter avant ce temps de désordre. L'Académie de Chirurgie, toujours occupée des progrès de l'art, n'auroit pas manqué de publier dans ses détails, un de ces faits qui lui avoit été communiqué en 1779, si elle eût subsisté quelques années de plus. La femme qui fait le sujet de cette observation, étoit grosse de deux enfans : elle accoucha très-heureusement du premier ; et trente-six jours après on lui fit l'opération césarienne pour la délivrer du second. Elle a survécu cinq heures à l'opération, et l'enfant trois heures seulement. Ce dernier enfant avoit été conçu hors de la matrice.

## ARTICLE VI.

### *De la rupture de la matrice, considérée relativement à l'accouchement.*

De la rupture de la matrice.

2156. L'enfant pressé par l'action de la matrice, s'en échappe toujours par l'endroit le plus foible et qui lui oppose le moins de résistance. S'il sort le plus constamment par l'orifice, conformément au vœu de la nature, quelquefois aussi, quoique très-rarement, il s'ouvre une autre voie à travers le tissu même de la matrice, et il passe dans la cavité abdominale, d'où il ne peut sortir, si l'art ne vient promptement à son secours.

## SECTION PREMIÈRE.

### *Des causes et des principaux accidens de la rupture de la matrice.*

2157. La plupart des Auteurs qui ont traité de la rupture de la matrice, ne l'ont attribuée qu'aux mouvemens extraordinaires de l'enfant (1), sans faire attention que bien des femmes n'en avoient ressenti aucun à l'instant où elle s'étoit faite, et que chez d'autres elle n'avoit eu lieu qu'après la mort de cet enfant. Quelque force qu'on suppose à ces mouvemens, ils seront toujours incapables de produire cette rupture, si d'autres causes n'agissent en même temps ou ne l'ont préparée de loin; et ces causes au contraire peuvent l'opérer sans le secours de ses mouvemens. Presque toujours l'enfant est passif à l'instant où la matrice se déchire; s'il devient l'instrument de cette déchirure, il n'agit pas autrement que ne le feroit un corps solide du même volume, inanimé, et d'une surface anguleuse, sur lequel la matrice se contracteroit fortement. Les mouvemens extraordinaires qu'on a regardés comme la cause de ces accidens, le plus souvent n'en ont été que la suite. Ce n'est pas dans la matrice que l'enfant s'est agité de cette manière, mais dans la cavité abdominale où il avoit pénétré à l'occasion de la rupture de ce viscère : il étoit aisé de s'y tromper; parce que l'instant du passage de l'enfant dans l'abdomen, et celui de la rupture par où il y pénètre, sont, pour ainsi dire, indivisibles, le même effort qui produit l'une opérant l'autre.

---

(1) *De la Motte*, tome II, page 1189, édit. de 1775.
*Levret*, Art des Accouchemens; edit. 3, §. 559 et suiv.
*Crantz*, *Commentarius de rupto in partûs dolorib. fœtu utero*, 1756, et beaucoup d'autres Auteurs.

2158. L'action violente et quelquefois convulsive de la matrice sur le corps de l'enfant est presque toujours la seule cause de sa rupture ; et elle aura lieu bien plus sûrement, si cette action est aidée de celle des muscles qui forment l'enceinte de la cavité abdominale, et qui pressent la matrice inégalement, ne pouvant agir par-tout immédiatement sur sa surface, et servir comme d'arc-boutant à chacun de ses points. Ces muscles agissent à-peu-près comme le feroit une autre puissance qui presseroit fortement le ventre, le dos étant appuyé contre un mur (1). C'est toujours au plus haut période de la douleur, ou d'une contraction de la matrice, et dans le moment où la femme presse le plus fortement en en-bas pour en seconder l'effet, que s'opère la rupture. Il n'est pas nécessaire cependant pour l'opérer que ces puissances réunies agissent avec tout le degré de force dont elles sont susceptibles, puisque cet accident a eu lieu en quelques cas dans un temps où le travail de l'accouchement étoit à peine commencé : il suffit que cette force soit supérieure à la résistance que lui oppose le point qui se déchire.

2159. Une matrice parfaitement saine peut se déchirer, comme celle qui est affectée d'une maladie quelconque, qui en a précédemment affoibli le tissu. Si tous les points de sa surface sont constitués de manière qu'ils puissent supporter également, dans le commencement du travail, l'effort qui tend à expulser l'enfant, il n'en est pas toujours de même à la suite d'un travail très-long, où de grands obstacles s'opposent à l'accouchement ; parce que le tissu de ce

(1) Nous avons consigné plusieurs exemples de rupture de la matrice produite par des causes externes, dans un très-long Mémoire sur cette rupture, que nous publierons lorsque le temps nous aura permis d'y mettre la dernière main ; on y trouvera un corps de doctrine complet sur cet accident, le plus formidable de tous ceux qui puissent survenir dans le cours du travail de l'accouchement.

viscère

viscère s'affoiblit nécessairement en quelque lieu, et notamment aux endroits qui répondent aux parties anguleuses de l'enfant, ou qui sont pressés par sa tête contre la marge du bassin, et tôt ou tard ces endroits se déchirent.

2160. En aucuns cas, la rupture dont il s'agit ne peut se faire qu'elle n'ait été préparée de cette manière, ou par d'autres causes qui sont toutes accidentelles. Tantôt c'est une tumeur qui affoiblit le tissu de la matrice, et le dispose à se rompre; tantôt c'est une ulcération plus ou moins superficielle, ou l'amincissement contre nature d'une de ses régions; d'autres fois ce sont les duretés et les callosités de son col, celles du vagin, la mauvaise conformation de bassin, les obstacles qui procèdent des parties externes même, la mauvaise situation de l'enfant ou celle de sa tête seule, etc.

2161. Des causes extérieures peuvent rompre la matrice sans le secours de toutes celles dont nous venons de parler, quel que soit le terme de la grossesse où elles agissent, pourvu cependant qu'elle s'approche de sa maturité. On en trouve des exemples à la suite d'une chute, d'une forte pression du ventre; et bien plus à la suite de l'application peu méthodique de la main, ou des instrumens destinés à opérer l'accouchement.

2162. Il n'existe pas un seul point où la matrice ne puisse se déchirer, mais on remarque cependant que c'est le plus souvent vers ses côtés, vers son fond et son col: ce qui n'est pas difficile à expliquer. Le lieu où se trouve implanté le placenta n'en est pas plus à couvert que les autres, et la rupture s'est faite en quelques cas à l'endroit même que sembloit fortifier une tumeur squirreuse à large base. Cette rupture ne suit pas constamment la même direction, et ne présente pas plus constamment le même aspect. Quelquefois elle se fait en long, d'autres fois en travers, obliquement, ou sous une forme sémi-lunaire. Tantôt

les bords en sont égaux, et elle ne présente que l'aspect d'une simple crevasse, ou d'une plaie faite par l'instrument tranchant ; tantôt ils sont inégaux, comme hachés, et elle ressemble à une plaie contuse.

2163. On doit distinguer ces deux espèces de rupture, des ulcérations de la matrice qui ont eu lieu à l'occasion de quelques-unes des causes énoncées, et à la suite d'un travail pénible et long, dans lequel la nature n'avoit pu se délivrer de l'enfant par la voie ordinaire ; soit que l'obstacle provînt de la mauvaise conformation du bassin, ou de quelque tumeur du col de la matrice et du vagin ; soit qu'il ne dépendît que de la situation vicieuse de l'enfant, qu'on n'avoit su changer à propos, ou bien que ces ulcérations ne fussent que la suite d'une percussion extérieure, etc. Dans le premier cas, l'endroit qui répond aux parties les plus dures et les plus saillantes de l'enfant, ceux qui sont long-temps froissés par la tête, qui appuie sur la marge du bassin, s'enflamment et s'ulcèrent, comme le fait celui qui a été frappé, quoique médiatement dans le second cas, et il en résulte une ouverture plus ou moins grande, bien différente de la simple rupture qui se fait tout-à-coup. Le plus souvent, avant que ces ulcérations n'aient lieu, la matrice contracte des adhérences avec les parties voisines, qui s'ulcèrent de même à la longue, et l'évènement est différent, selon les endroits où se forment ces adhérences. Quand elles s'établissent en-devant, le fœtus peut être rejeté entier, ou par portions, à travers l'ulcère, comme nous en avons été témoins(1) : quand elles se font ailleurs, la vie de la femme en est plus en danger, parce qu'on ne sauroit lui donner les mêmes secours.

2164. Quoique la rupture de la partie supérieure du vagin, dans le lieu de son union avec le museau

(1) *Voyez* la note du §. 2149.

de tanche, ait plus de rapport avec la simple rupture de la matrice, que les ulcérations dont il s'agit au §. précédent, on doit l'en distinguer également, parce qu'elle n'est pas aussi dangereuse que celle-ci, et qu'elle présente quelquefois des indications différentes, en ne les considérant que relativement à l'accouchement. On a confondu plus d'une fois ces déchirures du vagin avec celles qui se font au col de la matrice près son insertion à ce canal; parce que ces dernières ont souvent, comme elles, une forme sémi-lunaire, et que le museau de tanche est complétement effacé à l'instant où on les reconnoît, et où l'on opère l'extraction de l'enfant (1).

2165. Le danger qui menace la femme dont la matrice s'est déchirée, provient bien moins de la rupture en elle-même que du passage de l'enfant et du placenta dans la cavité abdominale, ainsi que des épanchemens de sang qui s'y forment en même temps. L'enfant n'y pénètre pas toujours, il est vrai, et chaquefois qu'il y passe, même en entier, le placenta ne le suit pas, la nature le rejetant en quelques cas, par la voie ordinaire. Souvent un seul membre de l'enfant s'échappe de la matrice par la crevasse; tantôt c'est un bras ou une jambe, tantôt ce sont les deux extrémités inférieures et la moitié du tronc; d'autres fois c'est la tête seule. Quoique la rupture soit assez grande pour l'issue de ces parties, il arrive quelquefois aussi qu'aucune ne s'y engage; parce qu'elle répond à une surface de l'enfant, qui est beaucoup plus grande encore: de sorte qu'il reste en entier dans la matrice, s'il n'en peut être expulsé par la voie naturelle.

Accidens de la rupture de la matrice.

2166. Le passage de l'enfant dans l'abdomen et l'épanchement du sang dans cette cavité, ne sont pas les seules complications de la rupture de la matrice,

(1) Nous rapportons plusieurs exemples de ces déchirures du vagin, dans notre mémoire sur la rupture de la matrice, annoncé au §. 2158.

les intestins, flottans au-dessus, s'insinuent quelquefois à travers la crevasse, jusque dans la cavité, même avant que l'enfant n'en soit dehors. Si l'on n'en fait la réduction, pendant que la crevasse est encore à-peu-près dans toute sa largeur, ils s'y étranglent à mesure que la matrice se contracte sur elle-même; parce que la rupture se rétrécit et diminue dans les mêmes proportions que le volume de ce viscère; et la femme succombe dans les accidens d'une hernie étranglée, comme on le remarque spécialement dans une observation communiquée à l'Académie par M. *Percy* le fils, d'après M. son père (1).

2167. La crainte d'être taxé d'impéritie en accusant la rupture de la matrice à l'instant où elle s'est faite, semble avoir détourné les Accoucheurs qui en ont été témoins, de l'emploi de l'unique moyen de conserver la mère et l'enfant, bien plus que ne l'a fait la persuasion où ils étoient que cet accident étoit essentiellement mortel. M. *Levret*, qui avoit jugé, comme beaucoup d'autres, que la gastrotomie étoit la seule ressource qu'on pût tenter en pareil cas, sembloit douter qu'on la tentât un jour. La mère et l'enfant sont perdus sans ressource, dit-il, quand la matrice se déchire avant l'accouchement; il n'y auroit de moyen de sauver l'un et l'autre que la section de l'abdomen pratiquée sur-le-champ: mais, ajoute-t-il, quel seroit l'Accoucheur assez décidé pour la faire assez promptement, et quels parens auroient assez de fermeté pour permettre qu'on y procédât sans délai? Si de nombreuses observations attestent la vérité du pronostic de M. *Levret*, quelques-unes aujourd'hui ne démontrent pas moins la nécessité de recourir à

(1) On ne reconnut cette hernie qu'à l'ouverture du cadavre; la plaie dans laquelle elle étoit étranglée étoit à peine sensible, quoiqu'elle eut été prodigieusement large avant la contraction de la matrice, au rapport de l'Auteur.

l'opération qu'il n'osoit recommander ouvertement ; puisqu'elle a été faite avec succès. Il s'est rencontré des Chirurgiens assez dégagés de leur intérêt personnel pour la proposer sur-le-champ, et des femmes ont été assez courageuses pour s'y soumettre sans retard.

## SECTION II.

### *Des signes de la rupture de la matrice.*

2168. La plupart des causes prédisposantes de la rupture de la matrice nous étant le plus souvent inconnues pendant le cours du travail, et cette rupture n'ayant pas toujours lieu dans le cas où les plus apparentes de ces causes rendent l'accouchement impossible, il paroît extrêmement difficile d'assigner les signes qui annoncent que cet accident est à craindre, et conséquemment d'en établir le traitement prophilactique. Signes de la rupture de la matrice.

2169. Quand la femme est menacée de la rupture de la matrice dans un accouchement laborieux, elle a, selon le Docteur *Crantz* (1), le bas-ventre fort élevé et tendu, le vagin retiré et l'orifice de la matrice très-haut ; les douleurs sont fortes, laissent peu d'intervalle, et ne font point avancer l'accouchement. M. *Levret* ajoute que l'angoisse qu'éprouve la femme, a toujours son siége vers la partie moyenne de la région épigastrique ; qu'il succède à toutes les secousses réitérées de l'enfant, un dernier effort ou soubresaut violent qui annonce sa mort, et la rupture de la matrice. Mais ces symptômes sont trop incertains pour que nous puissions les prendre pour règle. La rupture de la matrice a eu lieu nombre de fois sans être précédée d'aucuns

(1) M. *Crantz*, Dissertation sur la rupture de la matrice, traduite en Français.

d'eux : et ne s'est pas faite en d'autres cas, où leur réunion sembloit annoncer qu'elle étoit inévitable. En les prenant pour guide, on anticiperoit quelquefois sur les droits de la nature, en opérant un accouchement qu'elle auroit pu terminer sans inconvéniens ; et l'on ne pourroit se flatter, en aucun cas, d'avoir prévenu la rupture de la matrice.

2170. Tout ce que ces Auteurs avancent concernant les symptômes qui succèdent à la rupture de la matrice et qui la dénotent, est bien plus conforme à l'expérience. Au moment où elle se fait, continuent-ils, la femme éprouve une vive douleur dans le lieu même, et jette un cri perçant ; son visage pâlit ensuite ; elle éprouve de fréquentes syncopes, et son pouls s'affoiblit ; la forme du ventre change plus ou moins selon qu'une partie de l'enfant ou une autre s'échappe de la matrice ; il survient des sueurs froides, des mouvemens convulsifs, des vomissemens et d'autres accidens, suivant que l'enfant agit sur tels ou tels viscères du bas-ventre ; et la mort bientôt termine cette scène alarmante, si on abandonne la femme à sa triste destinée.

2171. Ces symptômes ne caractérisent pas encore assez clairement la rupture de la matrice pour qu'on ne puisse se tromper en quelque cas, et le toucher nous la dévoile d'une manière bien plus certaine (1). Quand cet accident précède l'ouverture de la poche des eaux, cette poche s'affaisse sur-le-champ, et devient très-flasque, quoiqu'aucun fluide ne s'écoule au-dehors, parce qu'il s'épanche dans le ventre ; l'orifice de la matrice se resserre, à moins qu'une partie de l'enfant ne s'y trouve engagée avant la rupture ; si l'enfant passe en entier dans l'abdomen, la matrice se contracte sur elle-même et se réduit au volume que nous observons communément après

(1) *Voyez* la Dissertation déjà citée, et les ouvrages de M. *Levret*.



l'accouchement naturel ; les mouvemens de l'enfant, s'il est encore vivant, se font sentir dans un autre lieu que celui où ils se passoient auparavant ; enfin l'on en distingue facilement les membres en mettant la main sur le ventre de la femme ; sur-tout si on en fait la recherche dans les premiers instans, car le gonflement et la tension doulourense de cette partie peuvent s'y opposer dans la suite.

2172. Les douleurs de l'accouchement proprement dites cessent aussi-tôt que l'enfant est parvenu en entier dans la cavité abdominale, et sur-tout s'il y est suivi de son arrière-faix ; mais la femme en ressent d'une autre espèce qui lui étoient inconnues auparavant. Lorsque l'effort qui a rompu la matrice n'a pu en expulser l'enfant, les douleurs continuent ; parce que la matrice, malgré sa rupture, ne cesse pas de se contracter et d'agir pour s'en débarrasser : tantôt elle l'expulse par la voie naturelle, et tantôt elle le pousse dans la cavité du ventre, selon qu'il trouve une issue plus facile vers cette première voie, ou du côté de la crevasse. Dans le premier cas, la partie qu'il présentoit s'avance de plus en plus, et dans l'autre elle s'éloigne insensiblement et disparoît. Quelquefois aussi il reste dans la matrice dont les forces sont épuisées, et le travail discontinue. En d'autres cas la tête s'étant plongée dans le bassin, ou fortement engagée dans le détroit, avant la rupture, elle conserve sa position, tandis que le reste du corps, les extrémités sur-tout, et la partie inférieure du tronc pénètrent dans l'abdomen. On a observé la même chose après la rupture du vagin.

## SECTION III.

### *Des indications que présente la rupture de la matrice.*

2173. Il seroit incontestablement plus avantageux de prévenir la rupture de la matrice en opérant l'ac- Indications [illegible]

couchement, que d'attendre qu'elle eût lieu pour le terminer ; mais sur quoi se décidera-t-on à prendre un parti qui peut être également suivi d'accidens pour la mère ou pour l'enfant, puisqu'à la rigueur aucun signe certain n'indique que la rupture dont il s'agit est inévitable ? Les moyens de la prévenir consisteroient à extraire l'enfant par les voies ordinaires, ou par l'opération césarienne, et c'est cette dernière que conseille le docteur *Crantz* en beaucoup de cas : observant cependant qu'elle seroit hors de toute saison, si la tête de l'enfant étoit déjà enclavée dans le petit bassin. Nous ajouterons qu'elle seroit alors contre tous principes d'humanité ; de même que dans la circonstance où le bassin de la femme est assez bien conformé pour donner issue à l'enfant ; puisque l'art nous offre des ressources plus douces et plus assurées pour la mère. L'opération césarienne n'est indiquée exclusivement qu'autant que le bassin est absolument trop étroit ; et c'est alors bien moins la crainte de la rupture de la matrice qui porte à la faire, que l'impossibilité de terminer l'accouchement autrement.

2174. La saignée, les bains, les fomentations, les injections mucilagineuses dans le vagin, l'incision du col de la matrice lorsqu'il est dur et calleux, la section des brides du vagin, etc. l'application du forceps, l'extraction de l'enfant par les pieds, et au moyen des crochets ; l'opération césarienne enfin, sont autant de moyens prophilactiques qui doivent être employés selon l'exigence des cas.

Règles de conduite après la rupture de la matrice.

2175. La méthode curative de la rupture de la matrice considérée relativement à l'accouchement, ne doit pas être moins variée que la méthode prophilactique. Si la section des enveloppes du bas-ventre est souvent la seule ressource que nous offre la Chirurgie pour sauver la mère et l'enfant, ou pour soustraire la première à des accidens formidables, en opérant l'extraction de l'autre et de son arrière-faix, ainsi que

du sang qui s'est épanché ; quelquefois aussi cette opération ne seroit pas moins contraire alors aux règles de l'art, que si on la pratiquoit à l'occasion de la plupart des causes prédisposantes de cette rupture : car il n'est pas toujours impossible, malgré cet accident, d'extraire l'enfant par les voies ordinaires. *De la Motte* et d'autres en fournissent des exemples, que nous ne citerons cependant pas pour modèles. Le premier a retourné l'enfant, en allant prendre les pieds à travers la déchirure de la matrice, jusqu'au milieu du bas-ventre où ils avoient pénétré ; et d'autres assurent avoir ramené par cette voie celui qui s'étoit échappé complétement de la matrice : ce qui ne paroîtra pas vraisemblable à ceux qui savent de combien la matrice se contracte sur elle-même dès le moment où elle s'est évacuée, et tout ce que la rupture perd alors de son étendue.

2176. Lorsque la tête se présente après la rupture de la matrice, quand même elle ne seroit pas engagée dans le bassin, pourvu que la mauvaise conformation de celui-ci n'y mette pas de grands obstacles, il faut opérer l'accouchement avec le forceps ; quelle que soit la partie qui ait pénétré dans le bas-ventre (1). On conçoit clairement à quel danger on exposeroit la femme en voulant retourner l'enfant dont la majeure partie du tronc se trouve dans la cavité abdominale, et le reste dans la matrice déchirée. Si on ne peut

---

(1) On auroit pu se servir utilement de cet instrument dans nombre de cas où l'on a retourné l'enfant, ou dans lesquels on n'a rien fait qui pût soustraire la femme à sa fatale destinée : comme dans le fait rapporté par M. *Thibaut*, de l'Académie de Rouen ; dans un autre communiqué à l'Académie de Chirurgie par M. *Shevreul* ; dans celui de la deux cent cinquante-unième observation de *Mauriceau* ; de la soixante-sixième de *Stalpart-Van-Derwiel*, centurie première ; de la trois cent quatre-vingt-onzième de *de la Motte* ; dans le fait de M. *Buzan*, rapporté par M. *Jevret*, etc. quoique la tête de l'enfant ne se fût pas trouvée également engagée dans tous ces cas, et qu'elle ne fît que se présenter en quelques-uns sur l'entrée du bassin.

l'extraire au moyen du forceps, ou du crochet quand il est mort, la gastrotomie, c'est-à-dire, l'incision des enveloppes du ventre, est aussi manifestement indiquée que dans le cas où il a été poussé tout entier dans cette cavité.

2177. Cette opération est préférable à la conduite de quelques Praticiens qui ont porté la main à travers la rupture de la matrice pour aller prendre les pieds de l'enfant dans le fond de l'abdomen où ils avoient pénétré, avec une partie du corps, même la totalité de celui-ci, si l'on ajoute foi à leurs observations (1). On ne doit extraire l'enfant par les pieds qu'autant qu'ils se rencontrent dans le voisinage de l'orifice de la matrice, ou que l'enfant est encore tout entier dans ce viscère. Si cette méthode n'est pas exempte d'inconvéniens en quelques-uns de ces cas, ces inconvéniens sont moins graves que ceux qui peuvent résulter de la gastrotomie.

2178. La section des enveloppes du bas-ventre ne paroîtra pas aussi indispensable à la suite de la rupture du vagin qu'après celle de la matrice, pour extraire l'enfant qui a passé tout entier dans la cavité abdominale (2), si l'on fait attention à la différence que présente ces deux cas, quant à la rupture même. Après la sortie de l'enfant, celle de la matrice se rétrécit en proportion de la réduction du volume de ce viscère, au point qu'on a eu peine à y faire pénétrer le doigt deux jours après l'instant où elle s'étoit faite, quoique assez large d'abord pour avoir pu laisser passer la moitié de l'enfant dans l'abdomen, et avec cette partie, la main de l'opérateur : mais celle de la partie supérieure du vagin ne diminue pas de même, quelle que soit la contraction de la matrice.

(1) *Peu*, Pratique des Accouchemens, Livre I, p. 79.

(2) *Saviard*, Observ. M. *Thibault*, Journal de Médecine, tome I, 1754; M. *Chevreul* et M. *Chaussier*, Observations communiquées à l'Académie de Chirurgie.

Ceux qui ont été chercher l'enfant en entier dans l'abdomen, et qui l'ont extrait par la voie naturelle quelques heures après l'instant où s'étoit fait la rupture, ont pris, sans doute, pour rupture du col de la matrice celle du vagin : car la chose n'est praticable que dans ce dernier cas. L'opération que nous recommandons, non-seulement pour extraire l'enfant et son arrière-faix de la cavité du ventre où ils ont pénétré, mais encore pour donner issue au sang et aux eaux qui ont pu s'y épancher et qui ne pourroient s'écouler autrement, est plus facile à exécuter que l'opération césarienne proprement dite, et ne paroît pas plus dangereuse; puisque, d'une part, l'on n'a point à ouvrir la matrice, et que de l'autre part la rupture de ce viscère n'est pas essentiellement mortelle. Elle a été faite plusieurs fois avec succès pour la femme, et il est vraisemblable qu'elle n'en auroit pas eu moins pour l'enfant, si on l'eût pratiquée plus immédiatement après la rupture de la matrice, au lieu de la différer encore de quelques heures, comme on l'a fait dans tous ces cas. M. *Thibaut des Bois*, Chirurgien de la ville du Mans, en a publié le premier exemple en 1768 (1), et l'Académie de Chirurgie en a reçu deux autres depuis, bien plus intéressans.

2179. Dans le fait de M. *Thibaut* les choses étoient des mieux disposées pour l'accouchement et sembloient annoncer une prompte délivrance, lorsque la femme ressentit une douleur aiguë et très-courte vers la partie supérieure et latérale gauche de la matrice, après laquelle la tête, qui se présentoit favorablement, disparut. Ne trouvant alors ni l'enfant ni le placenta dans ce viscère, M. *Thibaut* ne craignit pas de proposer la gastrotomie, et de faire connoître tout le danger qu'il y auroit à la différer. Il la fit,

---

(1) *Voyez* Journal de Médecine, mai 1768.

mais après quelques heures encore ; ce qui la rendit inutile pour l'enfant. La femme n'en éprouva, pour ainsi dire, d'autres suites que celles d'un accouchement ordinaire.

2180. La gastrotomie, pratiquée deux fois sur la même femme, par M. *Lambron*, Chirurgien d'Orléans (1), ne fut pas plus salutaire à l'enfant; parce qu'on n'y eut recours la première fois que dix-huit heures après la rupture de la matrice. Mais la femme, au bout de trois semaines sembloit déjà toucher au terme de sa guérison, lorsqu'une tumeur de la grosseur du poing se manifesta à la région hypogastrique, et parut disposée à s'ouvrir, comme elle le fit en effet quatre jours après. Nonobstant cet abcès gangreneux, par où il sortit dix-huit vers de la longueur de quatre à six pouces, et de l'espèce de ceux qui sortirent dans le même temps par l'anus et par le vagin, la femme put reprendre les travaux de la campagne après six semaines, à compter du moment de l'opération. Enceinte de nouveau l'année suivante, cette femme éprouva le même accident, l'enfant pénétra également tout entier dans le bas-ventre, et M. *Lambron*, témoin du fait, pratiqua une seconde fois la gastrotomie ; en n'y mettant alors d'autre délai que celui qu'exigea la malade pour se faire administrer les sacremens. L'enfant donna des signes de vie pendant une demi-heure après l'opération, et celle-ci eut les suites les plus simples. La femme *Dumont* redevint encore grosse, et accoucha naturellement d'un enfant bien portant.

2181. L'opération dont il s'agit n'est pas la seule ressource que puisse avoir la femme dont la matrice s'est rompue dans les efforts de l'accouchement ; la nature sans cesse occupée de notre conservation, met quelquefois à couvert les jours de cette infortunée,

(1) Le 9 août 1775, sur la femme de Charles Dumont, Vigneron à S. Jean de la Ruelle, près Orléans.

après l'avoir conduite d'écueils en écueils, et n'emploie pas d'autres voies pour cela que celles que nous avons indiquées à l'occasion des grossesses par erreur de lieu. Les succès que nous venons de citer n'en démontrent pas moins la prééminence de cette opération sur ces efforts singulièrement rares, et qui auroient encore été le plus souvent infructueux, si la Chirurgie ne les eût secondés à propos : soit en ouvrant les dépôts qui s'étoient manifestés ; soit en dilatant l'entrée des sinus qui recéloient l'enfant ou ses débris, soit en opérant l'extraction de ceux-ci.

2182. La rupture de la matrice n'offre pas toujours une seule et unique indication ; parce que le danger qui la suit, ne provient pas toujours d'une seule et unique cause. Après avoir extrait l'enfant, son arrière-faix, le sang et les eaux s'il s'en est épanché dans l'abdomen, elle ne semble exiger d'autres soins que la plaie faite méthodiquement dans l'opération césarienne ; parce qu'elle se resserre comme celle-ci, et se consolide de même (1). Lorsqu'une anse d'intestin s'y est engagée, il faut l'en dégager ; si elle y étoit étranglée au point qu'on ne pût l'en retirer, il conviendroit de dilater cette plaie en l'agrandissant avec l'instrument tranchant, comme on le fait à l'égard de l'anneau inguinal dans la hernie ordinaire. Cette complication devient bien plus fâcheuse, quand on a extrait l'enfant par la voie naturelle. Si on peut encore alors repousser l'intestin dans le bas-ventre au moment où on délivre la femme, comme l'ont pratiqué plusieurs Auteurs, et notamment *Rungius* (1), comment obtenir cette réduction quand on a mé-

(1) M. *Crantz*, auteur d'une Dissertation que nous avons déjà citée, n'est pas de notre avis sur ce point, parce que ces sortes de plaies, dit-il, sont toujours accompagnées de contusions, d'échimoses, et quelquefois de gangrène, mais sa doctrine a été rejetée unanimement par tous les Auteurs.

(2) Cité par *Heister*, Instit. de Ch. tome II page 173.

connu d'abord l'accident dont il s'agit, et quand l'intestin est étroitement serré dans la plaie de la matrice, ainsi qu'on l'a remarqué dans le fait cité §. 2166, d'après M. *Percy*? La femme succombera promptement, si l'on ne fait cette réduction, quelles que soient les difficultés qu'elle présente, elles ne sont pas au-dessus des ressources de l'art. Nous ne recommanderons pas de porter la main armée d'un bistouri dans la matrice, pour agrandir l'anneau que forme la plaie resserrée, comme un Chirurgien assure l'avoir fait avec succès le troisième jour après l'accouchement, pour réduire une anse d'intestin qui étoit tombée dans ce viscère depuis quelques heures, en ayant déjà réduit une plus considérable au temps de la délivrance (1); mais ne seroit-il pas permis, dans un cas aussi désespéré, d'ouvrir le ventre pour retirer l'intestin, comme le proposoit *Pigrai* dans le cas de hernie inguinale étranglée, et comme l'ont pratiqué quelques Chirurgiens pour faire cesser des étranglemens intérieurs ?

---

(1) Observation communiquée à l'Académie de Chirurgie depuis 1775, par un Chirurgien de la campagne, et qui seroit des plus intéressante si les faits en étoient bien démontrés.

# CHAPITRE VII.

## *Des Grossesses composées, des fausses Grossesses, et de l'Avortement.*

2183. APRÈS avoir parlé très au long de tout ce qui concerne la grossesse simple et le mécanisme des différentes espèces d'accouchemens, tant naturels que contre nature et laborieux, nous terminerons cet ouvrage par ce qui a rapport à la grossesse composée, aux fausses grossesses, et à l'avortement ou l'accouchement prématuré, vulgairement appelé Fausse-couche.

## ARTICLE PREMIER.

### *De la grossesse composée, de ses signes, et des indications qu'elle présente relativement à l'accouchement.*

2184. On appelle Grossesse composée, celle qui est formée de plusieurs enfans ; et l'on donne communément à ceux-ci le nom de jumeaux, sans avoir égard à leur nombre, quoique cette dénomination prise rigoureusement, n'en désigne que deux ; les autres étant tri-jumeaux, quadri-jumeaux, etc. La grossesse de deux enfans est assez rare ; celle de trois l'est encore davantage, et l'on ne rencontre presque jamais de quadri-jumeaux. Définition de la grossesse composée.

2185. Ces enfans ne sont pas toujours enveloppés des mêmes membranes, ni situés de la même manière, soit respectivement l'un à l'autre, soit à l'égard de l'orifice de la matrice ; ce qui présente souvent des

phénomènes particuliers, et prescrit des indications différentes relativement à l'accouchement. S'ils se trouvent quelquefois renfermés dans les mêmes membranes, bien plus souvent une seule des deux leur est commune, c'est le chorion, et chaque jumeau a sa membrane amnios ; enfin, il en est qui ont des enveloppes bien distinctes et bien séparées, de sorte que chacun d'eux a son chorion, son amnios, son placenta et ses eaux.

2186. Dans le premier cas, le chorion et l'amnios ne forment qu'une seule et même poche, dans laquelle les jumeaux sont baignés par les mêmes eaux, et il n'y a qu'un placenta, ou bien les deux masses paroissent n'en faire qu'une. Cette manière d'être des jumeaux n'est pas la plus ordinaire, et on peut ajouter qu'elle n'est pas la plus avantageuse. Lorsqu'ils sont ainsi renfermés, leurs cordons peuvent s'entrelacer et se nouer pendant la grossesse ; l'un et l'autre de ces enfans peuvent se présenter à l'orifice de la matrice par quelques - unes de leurs parties, au moment du travail de l'accouchement, et s'engager en même temps, ou s'opposer réciproquement à leur sortie : ce qui arrive bien moins dans les autres cas, etc.

2187. Dans le second cas, chaque jumeau est contenu dans une poche particulière, formée par l'amnios seulement ; et ces poches, dont l'adossement constitue une espèce de cloison, sont revêtues d'une membrane commune. Souvent ils n'ont encore qu'un même placenta ; et quand chacun d'eux a le sien, ces masses sont comme entées sur la même base, de sorte qu'on ne peut extraire l'une sans l'autre. Les jumeaux ne sont pas baignés par les mêmes eaux ; leurs cordons ne peuvent s'entrelacer comme dans le cas précédent ; un de ses enfans peut mourir et se putréfier, sans nuire à la santé de l'autre, comme nous l'avons remarqué plusieurs fois, il est rare qu'ils offrent également à découvert quelques - unes

de

de leurs parties à l'orifice de la matrice, dans le temps de l'accouchement, etc.

2188. Dans le troisième cas, chaque jumeau étant contenu dans une poche particulière, formée par le chorion et l'amnios, ils ont leur placenta distinct; de sorte qu'on pourroit extraire un de ces enfans et son délivre de suite, sans beaucoup d'inconvéniens. C'est en de semblables circonstances, que des Accoucheurs, ne soupçonnant pas l'existence du second enfant, l'ont abandonné involontairement aux soins de la nature, qui ne s'en est souvent délivrée que le lendemain ou plusieurs jours après. Comme aucun signe ne peut faire connoître avant la délivrance, si les enfans ont des enveloppes communes, ou de particulières, nous ne devons jamais procéder à l'extraction de l'arrière-faix qu'après la sortie du dernier de ces enfans.

2189. Outre ces enveloppes membraneuses, les jumeaux peuvent avoir d'autres parties communes, dont nous avons parlé en traitant des monstruosités. *Voyez* §. 1940 et suivans.

**Situation respective des jumeaux.**

2190. La situation des jumeaux, soit respectivement à eux-mêmes ou à l'orifice de la matrice, est on ne peut plus variée. Tantôt ils sont placés parallèlement l'un à côté de l'autre, et tantôt ils se croisent en formant des angles plus ou moins aigus; l'un d'eux présentant la tête, les pieds, les genoux ou les fesses à l'orifice de la matrice, et l'autre une partie différente, comme on le remarque ci-après.

**De l'origine des jumeaux.**

2191. Les Physiciens, curieux de connoître les opérations les plus abstraites de la nature, se sont occupés souvent de la cause première des jumeaux; mais ils ont eu des idées bien différentes. Les uns ont pensé que ces enfans étoient conçus dans le même instant; les autres à des époques plus ou moins éloignées, et ont regardé le dernier comme l'effet d'une sur-conception, qu'ils ont appelée Superfétation. Quoique cette dernière soit admise dans les

animaux dont la matrice est divisée en deux cornes, on ne peut l'admettre aussi généralement dans l'espèce humaine, et nous pensons, avec bien d'autres, qu'elle ne peut avoir lieu que chez les femmes qui ont la matrice double : ce qui se rencontre bien plus rarement que la grossesse de plusieurs enfans.

2192. Rien n'a paru plus favorable aux partisans de la supertétation dans l'espèce humaine, que la naissance d'un enfant nègre et d'un blanc, chez une femme de la Guadeloupe, qui a déclaré avoir été forcée de céder aux instances de son esclave au moment où elle sortoit des bras de son mari ; mais que de pareils exemples sont rares, et que de réflexions il y auroit à faire sur celui-ci ! La naissance de deux enfans d'inégale longueur et grosseur, et si différens en cela, qu'ils paroissent avoir été conçus en des temps fort éloignés, a fourni un autre argument en faveur de la superfétation. Les exemples suivans pourront faire suspendre le jugement des personnes qui ne s'étayent que sur le témoignage d'autrui.

2193. Une femme (1) ayant fait une chute assez considérable vers le quatrième mois et demi de sa grossesse, éprouva sur-le-champ des douleurs de reins, accompagnées de pesanteur incommode dans le fond du bas-ventre, et d'une perte très-médiocre qui dura plusieurs jours. Deux petites saignées du bras, le repos le plus exact, et une boisson tempérante ayant dissipé ces accidens, la femme n'accoucha qu'au terme ordinaire. Elle eut deux enfans, dont l'un étoit à terme et bien portant ; l'autre mort, à peine corrompu, et si petit, qu'il égaloit au plus le volume du plus foible des enfans de cinq mois de conception : il n'y avoit qu'un placenta et un chorion, mais deux amnios. Les parens regardoient le

(1) En 1772.

dernier des ces enfans comme le fruit d'une surconception : je pensai au contraire qu'il avoit été conçu en même temps que le premier, et que sa mort n'avoit été déterminée que par la chute que fit la mère à l'époque assignée. Un second fait, absolument de même espèce (1), et plusieurs autres qui ont avec eux le plus grand rapport, nous confirmèrent dans cette opinion, qui sera sans doute celle des personnes sensées qui voudront bien examiner ces faits dans toutes leurs circonstances, et sans prévention (2).

2194. Si l'on ne peut assurer positivement que les jumeaux dont les enveloppes n'ont rien de commun entre elles, soient le produit d'une même conception, au moins la chose nous paroît-elle hors de doute à l'égard de ceux qui sont renfermés dans les mêmes membranes, et qui n'ont qu'un même placenta et

---

(1) En juillet 1788.

(2) Il existe très-certainement des exemples de superfétation dans l'espèce humaine ; et quand il ne s'en trouveroit pas un seul dans les Auteurs, le fait communiqué à l'Académie de Chirurgie, en 1782, par M. *Desgranges*, Chirurgien à Lyon, suffiroit pour en faire admettre la possibilité. La femme qui fait le sujet de l'observation de M. *Desgranges*, accoucha accidentellement au terme de sept mois révolus, d'un enfant mort, le 20 mai 1779. Il s'écoula ensuite un mois sans qu'elle pût redevenir enceinte : elle conçut après ce temps, et le 20 janvier 1780, elle mit au monde une petite fille vivante, qu'on jugea être du terme de sept mois, et qui fut suivie de son arrière-faix. L'écoulement puerpéral n'eut lieu qu'à l'instant même de la délivrance, le lait ne se porta point aux mamelles, et le ventre resta plus gros que de coutume dans les premiers momens de l'accouchement ; M. *Desgranges* qui vit cette femme quelques jours après jugea qu'elle étoit encore enceinte ; elle ressentit en effet les mouvemens de l'enfant trois semaines ou un mois après cette époque, n'ayant reçu de nouveau les embrassemens de son mari que le 9 février, et le 6 juillet suivant, elle accoucha d'une seconde fille bien portante, et qui paroissoit parfaitement à terme ; c'est-à-dire, 168 jours après la naissance de la première. L'accouchement eut alors ses suites ordinaires, et la mère put transmettre au second enfant le lait que la nature lui avoit refusé pour le premier. Ces deux enfans vivoient encore en 1782.

un même chorion : à moins qu'on ne prétende que la sur-conception a lieu dans les premières heures, dans le premier jour, etc.

## SECTION PREMIÈRE.

### *Des signes de la grossesse composée de plusieurs enfans.*

2195. Le volume extraordinaire du ventre, à un terme quelconque de la grossesse, sa division en deux tumeurs plus ou moins apparentes dans les derniers mois, l'infiltration des extrémités inférieures dès le troisième ou le quatrième mois, et les mouvemens que la femme dit ressentir dans plusieurs endroits en même temps, ne sont que des signes on ne peut plus incertains de la présence de plusieurs enfans. Il n'est aucun de ces signes que nous n'ayons observés chez des femmes qui n'étoient grosses que d'un seul enfant, tandis que souvent nous n'avons rien remarqué de semblable sur celles qui l'étoient véritablement de deux. Nous ne disconviendrons cependant pas que la réunion de ces signes ne donne quelquefois de fortes présomptions de l'existence des jumeaux ; mais le toucher seul peut dissiper nos doutes, et encore n'est-ce que dans les derniers mois de la grossesse.

2196. Quand le ventre est assez volumineux pour faire soupçonner la présence de deux enfans, s'il n'en existe qu'un, il est toujours très-mobile ; parce qu'il se trouve alors au milieu d'une grande quantité d'eau, on l'agite facilement au moyen du doigt introduit dans le vagin, et son ballottement n'est jamais plus manifeste que dans cette occasion. Lorsqu'il y en a deux, ce mouvement au contraire est à peine sensible, on distingue aisément que celui de ces enfans qu'on veut agiter par le toucher, n'est environné que d'un peu de fluide, et qu'il est embarrassé par un autre corps solide ; si on applique une main sur le

ventre de la femme dans l'un de ces instans où les parois de la matrice sont souples, et comme détendues, on peut reconnoître ces enfans aussi clairement qu'on distingue en d'autres cas les pieds, les genoux, ou le bras de celui qui est seul.

2197. La certitude des signes de l'existence de plusieurs enfans semble augmenter en raison du temps auquel cette connoissance devient plus importante. Si ces signes sont incertains dans les premiers mois de la grossesse, il est assez indifférent alors de savoir si la femme est grosse de plusieurs enfans ou d'un seul; mais il n'en est pas tout-à-fait de même au moment de l'accouchement, car de cette connoissance dépend quelquefois le salut de ces enfans et celui de leur mère. S'il est permis de douter de l'existence de deux enfans avant cette époque, l'on ne peut au moins méconnoître celle du second après la sortie du premier. Le ventre reste alors fort gros, la matrice paroît à peine diminuée, la femme ressent encore des mouvemens, et bientôt elle est en proie à de nouvelles douleurs si on l'abandonne en cet état. Si quelques-unes se sont délivrées de ce dernier enfant plusieurs heures après l'accouchement du premier, d'autres ne l'ont fait que le lendemain, le surlendemain, et même plus tard; ou bien on ne les en a délivrées qu'à ces époques, soit qu'elles manquassent de force pour l'expulser, soit que cet enfant se présentât mal. Loin de prodiguer nos louanges aux Accoucheurs qui avoient aidé quelques-unes de ces femmes dans leur premier travail, et d'admirer leur prudence, comme l'a fait plus d'une fois le public ignorant qui a cru ce délai nécessaire à la perfection du second enfant, nous pensons que ces Accoucheurs ne pouvoient donner de plus fortes preuves d'ignorance ou d'inattention, et que le succès qui a suivi leur conduite ne peut les en excuser aux yeux des gens instruits.

## SECTION II.

### *Des indications que présentent les jumeaux relativement à l'accouchement.*

2198. Quoique la grossesse soit formée de plusieurs enfans, l'accouchement peut s'opérer aussi naturellement que s'il n'en existoit qu'un seul ; pourvu qu'ils se présentent successivement et dans une situation convenable à l'orifice de la matrice. On remarque seulement que l'expulsion du premier se fait assez souvent avec un peu plus de difficulté que dans l'accouchement ordinaire : ce qui vient sans doute de ce que la matrice ne l'embrasse pas également de toutes parts, et ne peut agir immédiatement sur lui que d'un seul côté : car chaque jumeau est en général plus petit que l'enfant qui constitue seul la grossesse la plus fréquente (1).

2199. Quand le premier de ces enfans se présente bien, si sa tête s'engage en suivant la direction ordinaire à la position où elle se trouve, il faut en abandonner l'expulsion aux efforts de la nature. On se conduit de même à l'égard du second, s'il vient se placer aussi avantageusement à l'orifice de la matrice, et si la mère conserve assez de force pour s'en délivrer seule, ou à l'aide des soins qu'on a coutume de lui donner dans l'accouchement naturel ; mais lorsqu'il se présente mal, il faut en aller chercher les pieds et les amener au-dehors. S'il convient d'y procéder avant que la matrice ne se soit fortement contractée sur elle-même, il n'est pas moins avantageux d'attendre que ce viscère s'efforce de l'expulser, pour continuer de l'extraire : car il pourroit y avoit du danger à vi-

(1) Nous avons cependant vu des jumeaux, dont le plus petit surpassoit la grosseur moyenne des enfans à terme, sa tête ayant trois pouces huit lignes de diamètre transversal.

der la matrice subitement et sans qu'elle y contribuât par son action, comme nous l'avons fait connoître dans un autre lieu.

2200. Les jumeaux ne se présentent pas toujours aussi favorablement pour leur issue, et quelquefois celle du premier ne peut s'opérer sans le secours de l'art, quoiqu'il se trouve placé comme il convient et que son volume soit médiocre relativement au bassin de la mère. Cet effet dépend, selon nous, de ce que la matrice ne peut presser cet enfant également de toutes parts, et que les forces expultrices se partagent sur l'un et l'autre jumeaux, de sorte que celui dont il s'agit n'est soumis qu'à l'impulsion de la plus petite partie : comme dans le cas, par exemple, où le second est situé en travers. *Voyez* §. 2206.

Causes de la difficulté de l'accouchement, quand il y a plusieurs enfans.

2201. Parmi les positions que les jumeaux peuvent prendre, tant respectivement à eux-mêmes qu'à l'égard de l'orifice de la matrice, nous ne distinguerons que les principales et celles qui sont les plus ordinaires; parce qu'elles suffiront pour l'intelligence de ce que les autres exigent : la plupart échapperoient d'ailleurs à notre attention, si nous entreprenions de les faire connoître toutes, tant elles peuvent être variées.

2202. Chaque jumeau peut présenter la tête à l'entrée du bassin, mais d'une manière différente; la face de l'un se trouvant en-dessus, en-dessous, ou de côté, en même temps que celle de l'autre est tournée en sens contraire. Si ces enfans sont placés quelquefois parallèlement à côté l'un de l'autre, d'autres fois ils se croisent obliquement; de sorte que la tête de celui dont le tronc occupe le côté droit de la matrice, est appuyée sur le bas de la fosse iliaque gauche, tandis que la fosse iliaque droite soutient la tête de l'autre, dont le corps occupe le côté gauche de la matrice. Dans ce dernier cas, l'accouchement ne sauroit s'opérer sans les secours

de l'art ; parce que la direction selon laquelle la tête de chaque jumeau est pressée en en-bas, est telle qu'aucune ne peut s'engager, et que ces deux têtes s'écartent l'une de l'autre, en se renversant sur les épaules, ou en se portant davantage sur les côtés du bassin. Quand ils sont placés parallèlement, celle des deux têtes qui est le plus près du milieu de l'entrée du bassin, peut s'y engager et en écarter l'autre ; mais parvenue dans l'excavation, elle peut également s'y arrêter et y demeurer long-temps, même n'en pouvoir être expulsée, quoique petite relativement à cette cavité ; comme nous l'avons remarqué, et comme l'avoit observé avant nous M. *Solayrès*, ainsi que bien d'autres (1).

**De ce qu'il faut faire quand chaque jumeau présente la tête.**

2203. Lorsque les deux enfans présentent la tête en se croisant de la manière qui vient d'être exposée, il faut les retourner avec les précautions requises, et les extraire par les pieds. On doit commencer alors par celui des enfans dont le corps est en-dessous, parce qu'en le faisant descendre, l'autre s'éloignera comme de lui-même de l'entrée du bassin, et ira vers le fond de la matrice occuper le vide que laissera le premier en se dégageant. Il seroit d'ailleurs bien difficile, dans ce cas, de tenir une autre conduite.

---

(1) La tête de l'un des enfans, poussée dès les premières douleurs dans le fond du bassin, chez une femme de la plus avantageuse conformation, y resta depuis le mercredi au matin jusque vers les cinq heures de l'après-midi du vendredi suivant, malgré l'intensité des efforts de la nature ; ce qui nous engagea dans ce dernier moment, qui fut celui où nous fûmes appelés, à extraire cet enfant avec le forceps. Après sa sortie, nous en trouvâmes un second qui présentoit les pieds. Nous supprimons ici le détail de l'état où les efforts infructueux de la nature, répétés aussi long-temps, avoient plongé la femme : nous ferons remarquer seulement qu'elle s'est promptement rétablie, et que les enfans furent tirés vivans de son sein. M. *Solayrès* avoit été témoin d'un fait semblable ; mais les deux enfans étoient morts lorsqu'il délivra la femme, et l'un d'eux étoit placé transversalement sous l'autre, de sorte qu'ils se croisoient.

2204. Lorsque des circonstances étrangères à celles dont il est parlé jusqu'ici, exigent qu'on termine l'accouchement sans délai dans le cas où les deux enfans sont placés parallèlement l'un à côté de l'autre et offrent la tête à l'entrée du bassin, il devient égal d'extraire en premier lieu celui qui occupe le côté droit de la matrice, ou de commencer par celui qui est situé vers le côté gauche : la préférence alors doit dépendre de la main que l'opérateur a introduite dans le sein de la femme. Dans ce cas, comme dans tous ceux qui ont rapport aux jumeaux, on observera soigneusement de saisir les pieds qui appartiennent au même enfant, afin de ne pas engager l'un et l'autre en même temps ; et aussi-tôt que ces extrémités sont au-dehors, d'écarter du détroit supérieur, non-seulement la tête de ce premier enfant, mais encore celle du second, pour empêcher qu'elles ne s'accrochent réciproquement dans le voisinage de ce détroit, et qu'une d'elles n'y soit entraînée par l'autre, à-peu-près de la même manière qu'une corde nouée introduite dans une bouteille à dessein d'en retirer le bouchon, accroche et entraîne celui-ci.

*Cas où l'un des jumeaux présente la tête et l'autre les pieds.*

2205. On a vu l'un des jumeaux présenter la tête dans une situation favorable, et l'autre les pieds. Si un pareil rapport semble prescrire de repousser ces derniers et de les écarter de l'entrée du bassin, pour que la première puisse s'y engager, l'expérience a prouvé que ce procédé ne répondroit pas toujours à nous vues. Souvent il seroit plus à propos de commencer par extraire celui des enfans dont les pieds se présentent, en prenant les précautions nécessaires pour empêcher que sa poitrine ou sa tête n'entraîne pas la tête du second ; comme on en remarque un exemple dans le Journal de Médecine (1).

---

(1) M. *Enaux*, de la ville de Dijon, ayant été appelé auprès d'une femme dont le travail de l'accouchement étoit déjà fort avancé, tira sur les pieds de l'enfant, qu'il trouva engagés dans le vagin, et fit descendre

Cas où chaque jumeau présente les pieds.

2206. Les deux enfans peuvent présenter les pieds en même temps, et ce cas est le plus favorable après celui où ils viennent naturellement. Quelquefois aussi l'on ne rencontre à l'orifice de la matrice qu'un seul pied de l'un avec ceux de l'autre. Si on doit prendre garde dans le premier cas de ne pas tirer sur le pied de l'un de ces enfans et sur le pied de l'autre, croyant qu'ils appartiennent au même, cette précaution n'est pas moins recommandable dans le second cas. On s'assurera donc d'abord des deux pieds qui appartiennent à l'enfant qu'on se propose d'extraire, et on les fera descendre en tirant d'une main pendant que de l'autre on écartera les extrémités du second, en les poussant le plus haut possible vers l'une des fosses iliaques. Les jumeaux peuvent offrir les pieds successivement, c'est-à-dire, le second enfant après la sortie du premier, comme nous l'avons observé. Nous en avons trouvé également qui ont présenté les fesses, selon cet ordre. Dans une autre circonstance, l'un des jumeaux présenta la tête, et l'autre les pieds. (*Voy.* la note du §. 2202). Chez une quatrième femme, le rapport des jumeaux se trouvoit tel qu'ils se croisoient; le premier présentant les fesses dans la situation ordinaire, et le second étant placé en travers sur la partie postérieure de la matrice. Ces derniers et leur mère furent victimes de l'ignorance d'une Sage-

---

le tronc aisément, jusqu'à ce qu'il eût abaissé les bras; mais dans ce moment, des obstacles l'obligeant d'insinuer une main au-dessous du corps de l'enfant, il fut surpris de voir que la tête d'un second avoit été entraînée jusqu'au-dessous de la saillie du sacrum. Ne pouvant la repousser, et ayant fait en vain de nouveaux efforts pour achever d'extraire le premier enfant; il se détermina à la dégager avec le forceps, pendant qu'un aide soulevoit le corps qui étoit au-dehors, vers le pubis de la mère. Par ce procédé, M. *Enaux* délivra la femme en premier lieu de celui des jumeaux qui paroissoit ne devoir naître que le dernier. Il fait observer que ces enfans étoient très-petits, et que la femme n'étoit qu'au commencement du neuvième mois de sa grossesse. *Voyez* le Journal de médecine, du mois de novembre 1771.

femme qui méconnut l'existence du travail de l'accouchement pendant six jours; qui ne sut reconnoître ni la situation du premier enfant, ni apprécier les obstacles qui s'opposoient à sa sortie, et ce que pouvoient conséquemment les forces naturelles qui tendoient à l'opérer. Des convulsions horribles se répétoient depuis la veille, lorsqu'un Médecin m'introduisit chez la femme, et je n'y arrivai que pour la voir expirer en cet état: de sorte que je ne l'accouchai qu'après sa mort, de deux enfans qui l'étoient également. Le cordon, ou la main de l'un des jumeaux, peut être sorti, pendant que l'autre présente la tête ou un partie différente, etc.

2207. Dans le cas où le cordon de l'un de ces enfans est au-dehors, si la tête du second est engagée dans le fond du bassin, il faut l'extraire avec le forceps, surtout si on présume qu'elle doive encore y séjourner quelque temps, afin de retourner et de délivrer l'autre le plus promptement possible. Si la tête dont il s'agit étoit encore au-dessus du bassin, ou bien si cet enfant y présentoit une autre partie, il faudroit aller chercher, en premier, les pieds de celui dont le cordon est sorti, pour qu'il éprouvât moins d'accidens de la compression de ce cordon. Lorsque la main de l'un précède ou accompagne la tête de l'autre et nuit à sa sortie, il faut tâcher de la repousser. Si la tête étoit trop avancée, ou si la femme se trouvoit dans l'impuissance de se délivrer seule de ce premier enfant, il faudroit l'extraire avec le forceps, malgré la présence de la main ou du bras de l'autre enfant; mais en donnant à cette extrémité les soins qu'elle exige pour qu'elle ne soit pas meurtrie par l'instrument. Il faudroit commencer par retourner celui dont la main est sortie, si aucune partie de l'autre ne s'étoit engagée profondément; en se conduisant à cet égard comme s'il étoit seul dans la matrice, jusqu'à ce que les pieds soient au-dehors: car dans ce moment il convient de s'occuper du second enfant, et d'empêcher qu'il ne

soit entraîné par celui-ci. Nous ne dirons rien de plus sur l'accouchement des jumeaux : les exemples que nous venons de citer laissant peu de chose à desirer sur les règles de conduite qu'il faut suivre dans les autres cas, chaque Accoucheur pourra aisément y suppléer.

## ARTICLE II.

### *Des fausses grossesses, de leurs signes, et de leur curation.*

Définition de la fausse-grossesse.

2208. Il est plus difficile de donner une bonne définition de la fausse grossesse, que d'en déterminer les espèces. C'est un état dont les symptômes ont assez de rapport avec ceux de la grossesse ordinaire, pour faire croire à l'existence de celle-ci, et induire en erreur, même les personnes de l'art que la femme consulte. Nous établirons deux espèces générales de fausses grossesses; savoir, une qui est la suite de la conception, mais dont le poduit a dégénéré et changé de nature dès les premiers temps, et l'autre qui paroît absolument étrangère à cette cause. Celle-ci peût être formée par de l'eau, de l'air, du sang, des matières glaireuses et muqueuses, ou par des excroissances polypeuses. Elle reçoit différentes dénominations, selon la nature du fluide qui la constitue, telles que celles d'hydropisie de matrice, de tympanite, etc. tandis qu'on désigne sous le nom de *môle* ou de *faux-germe*, les substances qui constituent la première espèce.

De la môle et du faux-germe.

2209. La môle et le faux-germe nous paroissent la même chose dans leur principe, et nous ne voyons pas pourquoi des Accoucheurs les ont distingués. Les débris du fœtus, lorsqu'il s'en est trouvé quelquefois dans ces sortes de masses parenchimateuses, qui ont servi à caractériser le faux-germe, annonçoient au plus que l'enfant étoit mort un peu plus tard alors

que dans les autres cas, et que quelques-unes de ses parties avoient été préservées de dissolution et de putréfaction : car le germe de l'embryon n'a pas moins existé dans les autres, quoiqu'on n'en eût retrouvé aucunes traces. Toutes ces grossesses avortées étoient de l'essence de celles qui parcourent heureusement leurs divers périodes.

2210. La môle ne paroît pas toujours de la même nature, en ce qu'elle est quelquefois toute parenchimateuse, comme le placenta ; et d'autres fois, formée d'un amas de petites vessies remplies d'eau et attachées à une substance assez semblable à la première, qui leur sert de base et par laquelle elles tiennent à la matrice. Chaque hydatide ou chaque vésicule a son pédicule plus ou moins alongé, et un grand nombre d'elles tenant à la même tige, forment une espèce de grappe qui a fait croire à de certaines personnes dénuées de connoissances et d'expérience, que telle femme étoit accouchée d'une branche de groseiller, telle autre d'une grappe de verjus, etc. et que ces productions étoient l'effet de quelques desirs des premiers temps de la grossesse, qu'elles n'avoient pu satisfaire. Ces masses acquièrent quelquefois tant de volume qu'elles rempliroient un très-grand bocal. Nous avons secouru des femmes qui les avoient portées jusqu'à l'époque du septième mois de la grossesse, et d'autres jusqu'au troisième seulement.

2211. La première espèce de môle ne diffère pas essentiellement de ce qui constitue le placenta dans une bonne grossesse. La forme en est seulement un peu différente, et elle paroît moins organisée, parce qu'on n'y découvre pas le plexus composé de veines et d'artères, qui garnit la surface interne de ce dernier. Ceux qui se rappeleront l'origine de ces vaisseaux et leurs usages, ne seront pas étonnés de ne rien trouver de semblable dans la môle. Cette masse s'accroît plus vîte que le placenta ; mais la vie dont elle jouit n'est qu'une sorte de vie végétative. Il ne

Espèce de môle la plus commune.

s'y fait pas de circulation réglée ; le sang qu'elle reçoit passe des sinus de la matrice dans les sinus veineux qu'on remarque sur sa surface, parce qu'ils sont contigus, et ceux-ci le versent dans l'espèce d'éponge dont elle est formée. Recevant beaucoup plus de ce fluide qu'elle n'en rend à la matrice, elle en est toujours tellement gorgée, qu'elle se détache au moindre effort ; ce qui fait que la femme éprouve souvent des pertes irrégulières pendant le temps qu'elle porte ce corps étranger.

2212. Ces sortes de môles ont presque toujours une cavité tapissée de membranes, qui contient plus ou moins d'eau. Si le plus souvent au moment de leur sortie, l'on ne trouve point ce fluide, c'est qu'il s'en est écoulé avant, soit par une espèce de transudation ou autrement. Dans le premier cas, il est coloré par le sang que l'action de la matrice exprime des cellules de la môle qui se sont déchirées. Quand ce fluide s'écoule plusieurs semaines, et même plusieurs mois avant l'expulsion de la môle, celle-ci se pelotonne en quelque sorte sur elle-même sans se détacher de la matrice, et continue néanmoins de s'accroître. Sa cavité, peu spacieuse à l'instant où les eaux s'évacuent, s'oblitère ou se rétrécit, au point qu'on ne la retrouve plus après l'expulsion de ce corps qui paroît alors solide. La cavité est au contraire très-apparente lorsque les eaux ne se vident pas avant la sortie de la môle, ou le font peu de temps auparavant.

2213. Les môles se présentent encore sous deux aspects différens au moment où la nature s'en délivre ; étant quelquefois humides et très-sanguines, d'autres fois comme dessechées, et leur parenchime paroissant plus sec et plus serré. Dans le premier cas, elles sont beaucoup plus grosses, et leur sortie suit de près l'apparition du sang qui les précède toujours. Dans le second cas, l'hémorragie se manifeste longtemps avant ; elle est médiocre, et semble plutôt un

dégorgement de cette masse spongieuse, qu'une perte provenant des sinus de la matrice. Nous avons donné des soins à plusieurs femmes qui ont rendu de ces môles quinze jours, un mois, et même six semaines après la cessation de l'écoulement en rouge. Ces masses étoient alors comme pelotonnées et si sèches, qu'il auroit été difficile d'en exprimer quelques gouttes de sang.

2214. La durée des fausses grossesses énoncées est indéterminée : la nature se délivre plutôt ou plus tard des substances qui les constituent, selon diverses circonstances dont la plupart peuvent être regardées comme accidentelles. Si c'est le plus souvent du troisième au quatrième mois, quelquefois ce n'est qu'au sixième, au septième et même au neuvième : on assure même que des femmes ont porté de pareilles masses pendant des années entières (1). *De la durée des fausses grossesses.*

## SECTION PREMIÈRE.

### *Des signes qui caractérisent les fauses grossesses.*

2215. Aucun signe ne peut faire connoître d'une manière certaine avant l'époque du quatrième au cinquième mois, si la grossesse est vraie ou fausse; parce que ce n'est qu'à ce terme que l'enfant se manifeste facilement au toucher : encore ne peut-on pas le distinguer chez toutes les femmes. *Temps où l'on peut reconnoître la fausse grossesse.*

2216. La vraie et la fausse grossesses ont des symptômes communs, qui ne nous permettent pas de les distinguer dans les premiers temps. Les règles pour l'ordinaire se suppriment également dans l'un et l'autre cas; si elles paroissent quelquefois, ce n'est qu'en très-petite quantité, et elles ne font, pour ainsi dire, que s'annoncer. Les nausées, les dégoûts, etc. *Signes communs à la vraie et à la fausse grossesse.*

(1) L'on voit qu'il ne s'agit ici que des fausses grossesses que nous regardons comme le fruit de la conception.

accompagnent la fausse grossesse, comme la grossesse la plus commune ; le ventre s'augmente insensiblement ; mais, au rapport de quelques Auteurs, cette augmentation est bien plus marquée dans les premiers mois, que dans la bonne grossesse : ce qui n'est cependant pas assez constant pour que nous puissions en tirer la moindre induction. Les mamelles filtrent quelquefois une sorte d'humeur laiteuse qui vient à l'appui des autres symptômes ; et des mouvemens intérieurs que les femmes, même qui ont le plus d'expérience, prennent pour les mouvemens de l'enfant, achèvent de les confirmer dans l'idée qu'elles sont véritablement grosses. Tous ces symptômes peuvent se manifester également, quoiqu'il n'existe aucune espèce de grossesse ; ainsi que nous l'avons remarqué chez plusieurs femmes.

Moyen de distinguer la fausse grossesse.

2217. Le toucher est le seul moyen qui puisse nous faire connoître l'état de la femme ; mais il ne doit pas se borner à la simple application des mains sur le ventre, qui pourroit encore, dans ces cas douteux, nous induire en erreur. Nous avons connu des femmes qu'on avoit jugé grosses, en touchant le ventre, qu'on avoit traitées comme telles, et qui ne l'étoient en aucune manière ; d'autres à qui l'on avoit assuré le contraire, et qui sont accouchées quelque temps après. L'une des premières, confiées aux soins d'un Accoucheur des plus célèbres, qui avoit cru jusqu'au dernier moment à l'existence d'une bonne grossesse, n'avoit qu'une sorte de tympanite intestinale, qui se dissipa vingt-quatre ou trente heures après que j'eus annoncé qu'elle n'étoit pas enceinte. Le ventre s'étoit augmenté graduellement depuis environ neuf mois ; les règles ne faisoient que s'annoncer à chaque époque, etc. et depuis celle du quatrième mois, la personne qui fait le sujet de cette observation, éprouvoit intérieurement des mouvemens qu'on avoit pris pour ceux de l'enfant, et qui étoient quelquefois

quelquefois assez apparens à l'extérieur, pour faire croire qu'ils en provenoient.

2218. On doit pratiquer le toucher selon les règles prescrites ailleurs, pour s'assurer du volume de la matrice ; car c'est l'état de ce viscère qui nous instruit. Quand il est assez volumineux pour faire présumer une grossesse du terme de quatre à cinq mois, il faut l'agiter un peu pour exciter le mouvement de l'enfant, connu sous le nom de Ballottement. L'absence de ce mouvement, sur-tout au terme où il ne peut être méconnu de personne, joint au volume de la matrice, caractérise la fausse grossesse, quand on est certain d'ailleurs que ce viscère n'est affecté d'aucune maladie. Mais de quelle nature est cette fausse grossesse ? C'est ce qu'il y a de plus difficile à déterminer.

Signes caractéristiques de quelques-unes de ces espèces de fausses grossesses.

2219. Quand la fausse grossesse est formée par de l'eau, la matrice est pesante, et l'on distingue, à travers son tissu, une fluctuation plus ou moins profonde. Lorsque ce n'est qu'une tympanite, elle est légère, quoique également volumineuse. Il n'est pas aussi facile de reconnoître l'existence d'une môle, et de distinguer si elle est en masse ou vésiculaire : l'absence des signes énoncés, et de ceux de la bonne grossesse dans un temps où les mouvemens de l'enfant ne doivent plus être équivoques, porte seulement à croire que c'en est une.

2220. L'on ne peut rien inférer de l'état du col de la matrice, en faveur de l'une de ces espèces de fausses grossesses plutôt que d'une autre ; car le développement de ce viscère se fait toujours en suivant les mêmes loix, lorsqu'il renferme des substances susceptibles de s'accroître ou de s'augmenter.

2221. L'hydropisie des ovaires, et celle du bas-ventre même, en ont souvent imposé aux personnes de l'art, à l'occasion des fausses grossesses. Quoique ces maladies aient leurs symptômes caractéristiques comme toutes les autres, il faut convenir qu'il n'est pas facile de les distinguer dans les premiers temps.

## SECTION II.

*Du mécanisme de l'expulsion des substances qui constituent les différentes espèces de fausses grossesses, et de ce que celles-ci exigent de la Chirurgie.*

2222. La dénomination de Fausse grossesse, si souvent employée par les Auteurs pour désigner celle qui est formée par des substances qu'on ne peut regarder comme le produit de la conception, ou par ce produit lui-même lorsqu'il n'existe pas d'enfant, auroit dû les engager également à désigner sous le nom de Fausse couche, la sortie ou l'expulsion de ces mêmes substances, pour la distinguer de l'avortement qui n'est qu'un accouchement plus ou moins prématuré.

2223. Le mécanisme de l'expulsion de toutes ces substances, est, à peu de chose près, le même dans tous les cas; et ne diffère souvent de celui de l'accouchement ordinaire, que par l'intensité et la durée des efforts nécessaires pour l'opérer. Quand la matrice ne contient que de l'air, de l'eau ou du sang, si ces fluides ne sont retenus que par la contraction et le resserrement de l'orifice, ils s'échappent dès que cette contraction cesse, ou que les fibres qui constituent le bord de cet orifice ne peuvent plus contrebalancer l'action permanente des fibres distendues et irritées, qui forment le reste de ce viscère. C'est par la même cause que se déclare le travail de l'accouchement, et que s'opère celui-ci.

Des moyens qui peuvent favoriser l'issue des substances dont il s'agit.

2224. Les bains, les fumigations émollientes et les injections, pourroient donc, en affoiblissant le ressort des fibres du col de la matrice, provoquer l'issue de ces fluides avant le temps fixé par la nature; aussi bien que la dilatation de l'orifice, produite par l'introduction du doigt. Mais le dernier de ces moyens ne doit être mis en usage, qu'autant qu'on est bien

certain de l'existence des fausses grossesses dont il s'agit. Quand ces collections sont la suite de l'obturation, soit naturelle soit accidentelle, du col de la matrice ou du vagin, il faut rendre ces conduits perviables, au moyen de l'instrument tranchant : comme on l'a pratiqué nombre de fois, à l'occasion de la rétention du sang menstruel chez de jeunes personnes, et même chez des femmes qui avoient eu des enfans.

2225. L'expulsion de la môle et des humeurs muqueuses ou glaireuses, qui sont contenues dans une espèce de tissu cellulaire plus ou moins lâche ou dans des kistes particuliers, ne se fait pas toujours par un mécanisme aussi simple et aussi doux pour la femme, que l'expulsion des eaux, du sang ou de l'air. Lorsque c'est une môle, il se déclare un travail semblable à celui de l'accouchement, la violence des douleurs qu'en éprouve la femme, est en raison des obstacles qui s'opposent au vœu de la nature. Ce travail est précédé de douleurs des lombes, d'un sentiment de pesanteur et de lassitude dans les membres, etc. et la plupart de ses symptômes ressemblent à ceux du travail de l'enfantement : le corps de la matrice se durcit à chaque douleur, comme dans celui-ci, et se relâche ensuite ; le col s'efface à la longue, l'orifice se dilate insensiblement, et les substances dont il s'agit s'y engagent et le franchissent, comme le fait un enfant.

2226. L'expulsion de la môle doit être confiée entièrement aux soins de la nature quand la femme ne perd que peu de sang ; mais l'Accoucheur doit l'extraire lorsque la perte est abondante : en se conduisant à cet égard comme dans le cas de la délivrance après l'avortement. *Voyez* cet article concernant la délivrance

## ARTICLE III.

*De l'avortement, ou de l'accouchement prématuré; de ses causes, de ses signes, et de ce que doit faire l'Accoucheur en pareil cas.*

Définition de l'avortement.

2227. L'avortement est l'expulsion de l'enfant avant le terme ordinaire de la grossesse, et sur-tout avant celui où il se trouve assez fort et assez développé pour continuer de vivre après sa naissance. C'est dans ce dernier cas qu'on lui a substitué le nom de Fausse couche, le mot Avortement paroissant consacré par l'usage, pour désigner l'expulsion du fœtus des animaux avant le terme absolu de leur gestation.

### SECTION PREMIÈRE.

*Des causes de l'avortement, et de ses symptômes.*

Causes déterminantes de l'avortement.

2228. Un grand nombre de causes peuvent donner lieu à l'avortement. Quelquefois il est la suite des maladies aiguës ou chroniques qui affectent la femme pendant la grossesse ; de la pléthore sanguine, ou de la disette des alimens ; de la toux, et des efforts du vomissement ; de la roideur des fibres de la matrice, qui ne peuvent prêter et se développer suffisamment ; de quelque tumeur qui affecte ce viscère, de son extrême sensibilité, ou de sa foiblesse particulière ; d'une passion violente, d'une frayeur subite, ou d'une percussion extérieure, telle que d'un coup, d'une chute, etc. D'autres fois il dépend de l'état de l'enfant, de ses maladies particulières, de sa mort ; des affections même du placenta, de son insertion sur le col de la matrice, etc. Nous ne développerons pas ici la manière d'agir de toutes ces causes occasionnelles de l'avortement, parce que l'explication sembleroit appartenir

plus spécialement à un traité de maladies des femmes et des enfans, qu'à celui que nous publions.

2229. La plupart de ces causes peuvent donner lieu à l'avortement dans tous les temps de la grossesse indifféremment ; et les autres le font assez constamment au même terme, mais plutôt ou plus tard. Nous connoissons des femmes qui n'ont porté aucun enfant au-delà du troisième mois ; d'autres du quatrième du cinquième, ou du sixième, sans que la moindre cause apparente y ait donné lieu. Tant d'avortemens semblent n'avoir été que la suite de l'extrême sensibilité de la matrice, et de la roideur de ses fibres qui n'ont pu s'étendre au-delà d'un point donné, sans être violemment irritées et sans se contracter. Nous avons remarqué aussi que d'autres femmes, après être accouchées plusieurs fois à l'une des époques assignées, ont porté leurs enfans un peu plus long-temps dans les grossesses suivantes, et sont enfin parvenues à-peu-près au terme ordinaire, moyennant les précautions nécessaires pour diminuer la sensibilité de la matrice, pour relâcher ses fibres, et les disposer à une extension plus considérable. Temps de la grossesse où l'avortement peut avoir lieu.

2230. Si l'avortement se déclare quelquefois sans qu'aucune cause apparente y ait donné lieu, et qu'aucun symptôme n'ait annoncé qu'il étoit à craindre, d'autres fois la femme éprouve long-temps auparavant des doulours inquiétantes du côté des lombes et dans la matrice, accompagnées d'un sentiment de pesanteur dans le fond du bas-ventre, et souvent il est précédé d'une perte médiocre ou plus abondante, selon la cause qui l'a déterminé.

2231. Les suites de l'avortement sont plus ou moins fâcheuses pour la mère et pour l'enfant, selon l'espèce de cause qui le provoque, la force avec laquelle elle agit, et le dérangement qu'elle produit dans les fonctions. L'avortement en lui-même n'est pas dangereux ; il s'opère par un mécanisme semblable à celui de l'accouchement, et ses suites diffèrent peu de celles de ce

dernier. Parmi les enfans qui naissent avant l'époque du septième mois de la grossesse, il en est dont la mort a précédé leur sortie, et la plupart des autres ne tardent pas à mourir ensuite. On assure cependant en avoir conservé du terme de six mois, de cinq, et même de quatre et demi de conception, et que, malgré la foiblesse et l'imperfection attachées naturellement à ces époques, ils n'ont pas laissé que de parvenir à une vieillesse extrême. De pareils exemples, en supposant que les femmes ne se soient pas trompées sur le terme de leur grossesse, sont trop rares et trop extraordinaires, pour qu'on puisse se flatter de conserver les enfans qui naîtront à ces dernières époques, quelque soin qu'on en prenne : il ne faut cependant pas les abandonner, ni leur refuser ses secours.

## SECTION II.

### *Des indications que prescrit l'avortement.*

Des moyens de prévenir l'avortement dans certains cas.

2232. On préviendroit souvent l'avortement, si l'on en connoissoit bien la cause, même dans le temps où le travail en est déjà déclaré. Une femme très-pléthorique ressentit les douleurs de l'enfantement vers le septième mois de sa grossesse, et le travail en étoit fort avancé lorsque nous fûmes appelés pour la secourir, puisque l'orifice de la matrice étoit alors plus large qu'un écu. Deux petites saignées du bras rétablirent le calme, au point que le lendemain l'orifice dont il s'agit étoit refermé, et que la femme n'accoucha qu'au terme ordinaire. Des alimens de facile digestion et administrés avec prudence, calmèrent un travail non moins avancé chez une autre femme, où on ne le soupçonna que la suite de la privation absolue de toutes espèces de nourritures pendant plusieurs jours de suite : l'accouchement ne se fit que deux mois et demi après, et parfaitement

à terme. Des lavemens émolliens et un purgatif très-doux, procurèrent le même avantage à une troisième femme, chez laquelle les douleurs de l'accouchement s'étoient annoncées du sixième au septième mois de la grossesse, après plusieurs jours de coliques intestinales, accompagnées de dévoiement et de ténesme, etc. etc. etc.

2233. Si de pareils moyens ont été employés avec tant de succès en des cas où l'avortement paroissoit sur le point de se terminer, à plus forte raison doit-on en attendre de bons effets, quand la cause qui tend à le provoquer n'a pas encore porté son action sur la matrice de manière à ébranler fortement la grossesse. Nous connoissons des femmes qui n'ont eu d'enfans à terme qu'après avoir fait trois ou quatre fausses couches, à celui de six semaines, de deux, de trois et quatre mois, et qui n'ont été redevables encore de cet avantage qu'à la saignée du bras, faite peu de jours après le temps où les règles avoient manqué pour la première fois; et répétée dans le cours de la grossesse, aussi-tôt que le moindre symptôme de la pléthore se manifestoit. Si la saignée est aussi avantageuse aux femmes qui sont d'une constitution sanguine, elle ne l'est pas moins chez celles dont la sensibilité de la matrice, ses mouvemens spasmodiques, la roideur de ses fibres, etc. ont donné lieu plusieurs fois à l'avortement. Les boissons délayantes, telles que l'eau de veau, l'eau de poulet, et les bains sur-tout ne doivent pas être négligés en pareils cas. Ce sont les anti-spasmodiques qui réussissent le mieux, chez les femmes dont les convulsions ne dépendent que de ces mêmes causes; souvent il est important d'en commencer l'usage de très-bonne heure, et de les continuer jusqu'au terme de l'accouchement. On doit se conduire différemment, quand la foiblesse de la femme est la cause de l'avortement : il faut en épargner le sang, lui prescrire le repos, et chercher à la fortifier.

De la conduite qu'on doit tenir dans le cas d'avortement.

2234. Quand le travail de l'avortement est décidé au point que les douleurs se font sentir avec force, que l'orifice de la matrice est déjà dilaté, et qu'il ne reste plus d'espoir de calmer ce travail, il faut se conduire selon les circonstances. L'expulsion de l'enfant doit être confiée aux soins de la nature, ainsi que celle du placenta, toutes les fois que la femme n'éprouve pas d'autres accidens, parce qu'elle se délivre de l'un et de l'autre, comme elle le fait au terme ordinaire de l'accouchement. Dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse, la nature expulse la totalité du produit de la conception à la fois, quand, sous le vain prétexte de l'aider, on a le soin de ne pas ouvrir la poche des eaux. Le travail lui en est même plus facile de cette manière, que si les eaux et le fœtus encore très-petit, s'échappoient d'abord. Mais on remarque le contraire après l'époque assignée; les eaux s'écoulent plutôt ou plus tard, le fœtus sort ensuite, et le placenta n'est expulsé qu'en dernier. *Voyez* §. 990 et suiv.

2235. On évitera donc de tourmenter et de fatiguer la femme en la touchant trop fréquemment dans le cours du travail de l'avortement, lorsqu'il se fait dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse; surtout d'ouvrir la poche des eaux, à dessein d'accélérer la sortie de tout ce que contient la matrice: car c'est le moyen d'en retarder l'expulsion et d'en prolonger le travail. La matrice allégée par la sortie des eaux, d'une partie du fardeau qui lui étoit à charge, se contracte pendant un certain temps avec bien moins d'énergie; son action s'affoiblit, et souvent elle ne se ranime ensuite que fort tard.

2236. Quand l'avortement se fait dans un temps beaucoup plus avancé, outre les circonstances accidentelles qui peuvent en compliquer le travail et prescrire des indications particulières, il faut encore avoir égard à la situation de l'enfant, ou à la manière dont il se présente; car il ne peut toujours venir sans

les secours de l'art, sur-tout après le sixième mois. L'on se conduira donc à cet égard et dans tous les cas où il existera des accidens, comme si la femme étoit parfaitement à terme; ou bien comme on le prescrit à l'article de la délivrance, qui concerne l'avortement. Les suites de toutes ces espèces d'avortemens étant, à peu de chose près, les mêmes que celles d'un accouchement à terme, le régime que doit observer la femme ne doit pas être différent dans l'un de ces cas que dans l'autre.

---

# EXPLICATION

## Des Planches qui sont à la suite de ce Volume.

### *Explication de la huitième Planche.*

CETTE planche représente une coupe verticale du bassin bien conformé, qui laisse voir à découvert la tête de l'enfant entièrement engagée dans la position la plus favorable, relativement au détroit inférieur, et prise entre les branches du forceps, de la manière dont on doit le faire en pareil cas, lorsque des circonstances accidentelles exigent qu'on emploie ce moyen pour terminer l'accouchement. (*Voyez* §. 1761 et suivant.) Toutes les parties de cette figure sont réduites à-peu-près à la moitié de leurs dimensions naturelles.

*a*, *a*, le corps des deux dernières vertèbres lombaires.

*b*, *b*, *b*, *b*, *b*, les cinq fausses vertèbres du sacrum.

*c*, *c*, *c*, les trois os du coccix.

*d*, *d*, *d*, *d*, *d*, les apophyses épineuses des dernieres vertèbres lombaires et des premières fausses vertèbres du sacrum.

*e*, *e*, le canal des mêmes pièces osseuses, revêtu du surtout ligamenteux.

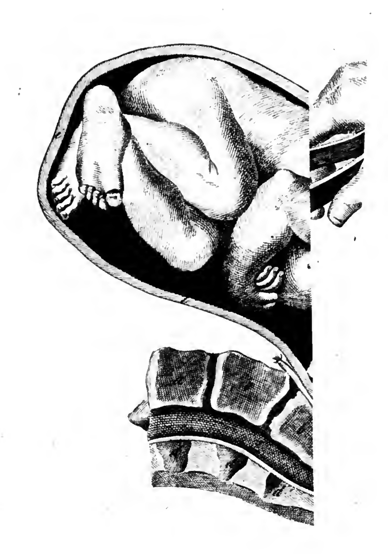
*f*, *f*, l'intestin rectum.

*g*, la face cartilagineuse et ligamenteuse de l'os pubis gauche, faisant partie de la symphyse.

*h*, le mont de Vénus.

*i*, *i*, *i*, *i*, ce cercle représente la coupe verticale de la matrice, dont l'hémisphère droit a été enlevé pour faire voir l'attitude de l'enfant.

Pl. VIII.



*k*, l'extrémité occipitale de la tête de l'enfant.

*l*, le menton, ou l'extrémité antérieure de la tête. Une ligne conduite de l'un de ces caractères à l'autre, traverse la tête dans sa plus grande longueur; et c'est cette ligne que nous appelons diamètre oblique.

*m*, *m*, *m*, la branche femmelle du forceps, placée comme il convient sur le côté droit du bassin, et sur l'oreille droite de l'enfant.

*n*, *n*, *n*, la branche mâle du forceps, placée également sur le côté gauche du bassin et de la tête.

*O*, la main gauche qui embrasse le corps de l'instrument près de la vulve, et disposée comme nous l'avons recommandé au §. 1765.

*P*, la main droite appliquée sur l'extrémité de l'instrument, comme il convient qu'elle le soit dans le cas dont il s'agit.

*Q*, *R*, la ligne ponctuée qui se remarque entre ces deux caractères, sert à déterminer à-peu-près la hauteur à laquelle on doit tenir l'extrémité du forceps, quand la tête est parvenue dans le fond du bassin, et dans la position où on la voit; ainsi que nous l'avons exprimé au §. 1763.

Pour extraire la tête de l'enfant dans ce cas, il faut tirer en relevant insensiblement l'extrémité du forceps vers le ventre de la femme; de manière que l'occiput roule autour du bord inférieur de la symphyse du pubis, et que le menton, en s'éloignant de la poitrine, décrive une ligne courbe, qui partiroit des environs de la lettre *l* pour se terminer à la lettre *R*, en passant sur l'*i* qui est au milieu de la courbure du sacrum, et sur l'*f* qui se trouve au-devant de la pointe du coccix. Cette planche peut aussi servir à l'intelligence de ce qui a été prescrit concernant la seconde position du sommet de la tête à l'égard du détroit inférieur. *Voyez* §. 1766 et suivans, jusqu'au §. 1768 inclusivement.

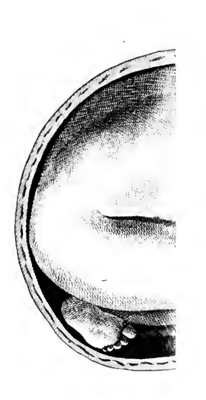
*Explication de la neuvième Planche.*

Cette planche représente un bassin dont les proportions sont réduites également à la moitié de ce qu'elles offrent dans l'état de bonne conformation. L'enfant entouré d'un cercle qui indique la coupe verticale de la matrice, y est dans la position selon laquelle sa tête traverse le plus ordinairement le détroit supérieur, et qu'elle conserve quelquefois après être parvenue dans le fond du bassin. On y remarque aisément que l'occiput est derrière le trou ovalaire gauche et la face vis-à-vis la symphyse sacro-iliaque droite ; que le forceps embrasse cette tête comme nous le recommandons aux §§. 1772 et 1773, et se trouve, avec le bassin, dans un rapport tel, qu'une des cuillers est sous la cavité cotyloïde droite, et l'autre vers l'échancrure ischiatique gauche et le devant du sacrum. On a cru devoir substituer cette planche à la sixième qui se voit dans notre première édition, et on a omis d'y mettre des lettres indicatives.

Pour extraire la tête de l'enfant dans la position où elle est représentée sur cette planche, il faut d'abord la faire rouler dans le bassin, de manière à conduire le front au milieu du sacrum, et à ramener l'occiput au-dessous de la symphyse du pubis; c'est-à-dire, qu'il faut la placer avant tout, comme on le voit sur la huitième planche.

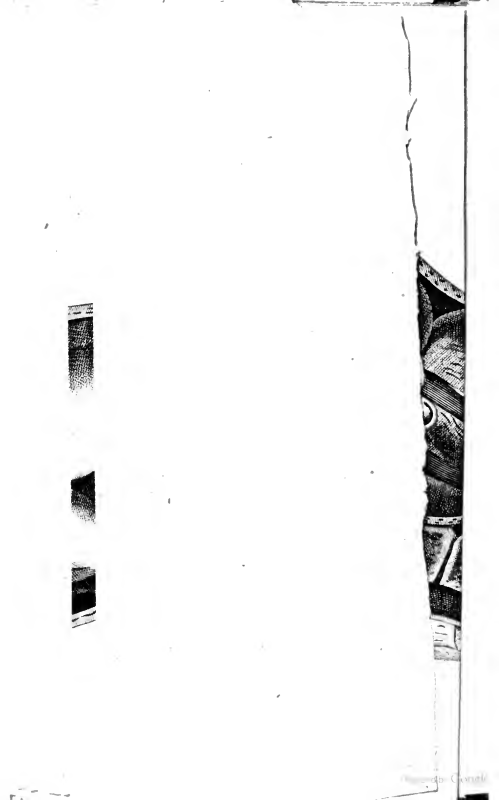
On doit placer le forceps absolument de la même manière quand la tête s'est engagée en présentant le front derrière le trou ovalaire gauche, et l'occiput à l'échancrure sacro-ischiatique droite. Mais avant de s'efforcer de l'extraire, il faut ramener le front sous le pubis, de sorte que le forceps soit vu comme sur la huitième planche. *Voyez* §. 1776 et suivans, ainsi que le §. 1768.

*Pl. IX.*









*Explication de la deuxième Planche.*

Cette planche représente encore la même coupe verticale du bassin, que la huitième; mais la tête y est située de manière que l'occiput se trouve sur le pubis, et le front contre la saillie du sacrum, son grand diamètre répondant au plus petit du détroit supérieur.

*a*, *a*, les deux dernières vertèbres lombaires.

*b*, *b*, *b*, *b*, *b*, les fausses vertèbres du sacrum.

*c*, *c*, le coccix.

*d*, *d*, canal qui loge l'extrémité de la moelle épinière.

*e*, *e*, *e*, *e*, les tubercules épineux des dernières vertèbres lombaires, et des premières pièces du sacrum.

*f*, *f*, portion aplatie de la face antérieure du sacrum.

*g*, ligament sacro-ischiatique.

*h*, la face interne de l'os ischium gauche.

*i*, la branche du pubis et de l'ischium gauche vue en raccourci.

*k*, facette cartilagineuse et ligamenteuse de l'os pubis gauche faisant partie de la symphyse.

*l*, le mont de Vénus.

*m*, portion du trou ovalaire gauche.

*n*, *n*, *n*, cercle qui représente la coupe verticale de la matrice dans le même sens que celle du bassin.

*o*, *o*, *o*, la branche femelle du forceps appliquée sur le côté droit de la tête et du bassin, comme elle doit l'être dans la position indiquée.

*p*, *p*, *p*, la branche mâle du forceps appliquée de même sur le côté gauche de la tête et du bassin.

Toutes les parties de cette figure étant réduites à-peu-près à la moitié de leur grandeur naturelle, si l'on se rappelle les dimensions du bassin bien

conformé, et leur rapport avec celles de la tête d'un enfant de volume ordinaire, on verra que l'obstacle qui s'oppose à l'accouchement dans le cas énoncé, ne vient pas d'un défaut de conformation, mais de la position même de la tête. On en saisira facilement l'indication. On jugera qu'il ne faut que détourner l'occiput de dessus le pubis, en l'inclinant préférablement du côté gauche du détroit, comme on le remarque sur la onzième planche, pour mettre la tête dans le cas de descendre aisément : de même qu'il faut la ramener à la position exprimée sur la huitième planche, pour lui faire franchir le détroit inférieur. *Voyez* l'une et l'autre de ces planches ; et, pour la manière d'opérer, ce que nous avons dit depuis le §. 1790 jusqu'au §. 1796 inclusivement.

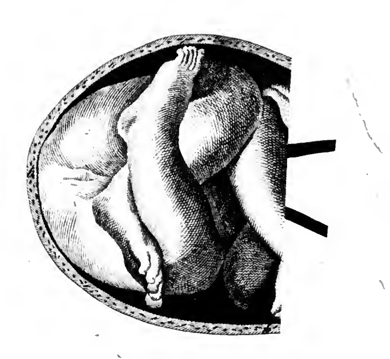
La dixième planche peut aussi servir à répandre plus de jour sur ce que nous avons recommandé, dans le cas où le front de l'enfant est appuyé sur le rebord des os pubis, et l'occiput sur le haut du sacrum ; car le forceps alors doit être disposé à l'égard du bassin comme nous le représénte cette planche. *Voyez* §. 1798 et suivans. C'est encore sur ce modèle qu'il faut conduire le forceps, quand la tête se trouve enclavée selon sa longueur entre le pubis et le sacrum supérieurement.

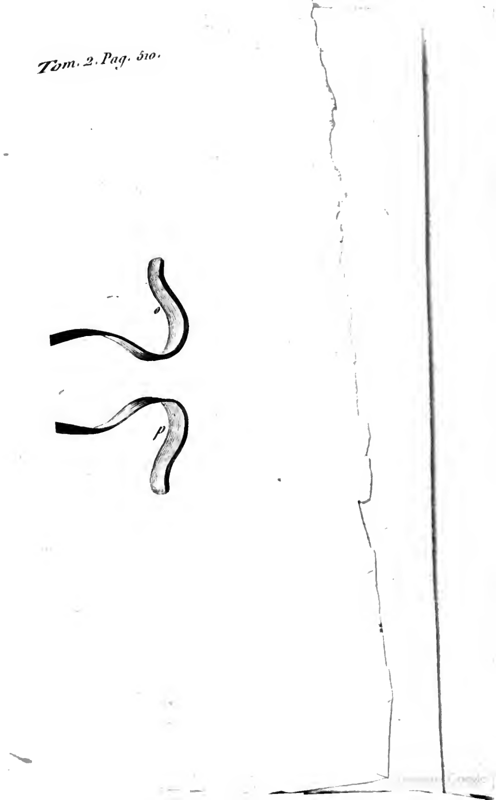
### *Explication de la onzième Planche.*

Cette planche représente la moitié d'un bassin de trois pouces six lignes de petit diamètre dans son entrée, coupé verticalement au milieu du sacrum, du coccix et du pubis (1). La tête de l'enfant y

(1) Nous prévenons que ces dimensions n'ont pas été réduites avec exactitude à la moitié de leur grandeur naturelle, ce qui ne sauroit être ici d'une grande importance, notre intention n'étant pas de prouver.

*Pl. XI.*




o
p

est située de manière que l'occiput répond au côté gauche du detroit, et le front au côté droit; l'oreille droite étant au-dessus du pubis, et l'oreille gauche au-dessus du sacrum. On la voit embrassée par les branches du forceps, comme nous l'avons prescrit aux §. 1806 et suivans jusqu'au §. 1809 inclusivement. L'instrument, placé de cette façon, ne présente à la vue que son bord postérieur, et la face externe de l'une de ses jumelles.

*a*, *a*, les dernières vertèbres lombaires.

*b*, *b*, *b*, *b*, *b*, les cinq fausses vertèbres du sacrum.

*c*, *c*, le coccix.

*d*, *d*, le canal qui loge la fin de la moelle épinière.

*e*, *e*, *e*, *e*, *e*, portion aplatie de la face antérieure du sacrum et du coccix.

*f*, *f*, *f*, *f*, tubercules épineux des dernières vertèbres des lombes, et des premières fausses vertèbres du sacrum.

*g*, ligament sacro-ischiatique.

*h*, petit ligament sacro-ischiatique.

*i*, *k*, la face interne du corps et de la tubérosité de l'ischium gauche.

*l*, le trou ovalaire.

*m*, la face cartilagineuse et ligamenteuse du pubis gauche, faisant partie de la symphyse.

*n*, le mont de Vénus.

*o*, *o*, *o*, la branche mâle du forceps appliquée sur le côté gauche de la tête, et au-devant du sacrum.

*p*, *p*, *p*, la branche femelle de ce même instrument, placée sous le pubis et sur le côté droit de la tête. *Voyez* §. 1807, et le suivant pour la manière de les conduire.

*q*, *q*, *q*, ce cercle indique la coupe verticale de la

---

au moyen de cette figure, la possibilité du manuel que nous décrivons, mais d'y jeter quelque jour.

matrice, dont on a enclavé le côté droit, pour faire voir l'attitude de l'enfant.

La situation de la tête telle qu'elle est représentée sur cette planche, est la meilleure de toutes celles qu'elle puisse prendre à l'égard du détroit supérieur, quand il se trouve un peu resserré de devant en arrière. Ce seroit dans cette direction qu'il faudroit la placer, si elle ne s'y présentoit pas naturellement, comme nous l'avons recommandé dans l'explication de la planche précédente, avec cette différence encore cependant que l'occiput réponde un peu plus à la cavité cotyloïde gauche. Après l'avoir entraînée dans le fond du bassin selon cette position, on la fait rouler de manière à ramener l'occiput sous le pubis. *Voyez* le §. 1796, pour achever de l'extraire ainsi qu'il est dit au §. 1765.

### *Explication de la douzième Planche.*

Cette figure représente un autre bassin bien conformé, dont on a enlevé la partie antérieure pour faire voir l'une des positions transversales de la face, et jeter plus de jour sur ce que nous avons dit du mécanisme de cette espèce d'accouchement.

*a*, *a*, portion des fosses iliaques.

*b*, *b*, portion de la crête des os des îles.

*c*, *c*, épines supérieures et antérieures des os des îles.

*d*, *d*, les tubérosités ischiatiques.

*e*, *e*, les cavités cotyloïdes.

*f*, *f*, épaisseur des os ischium sciés verticalement au-devant de leur tubérosité.

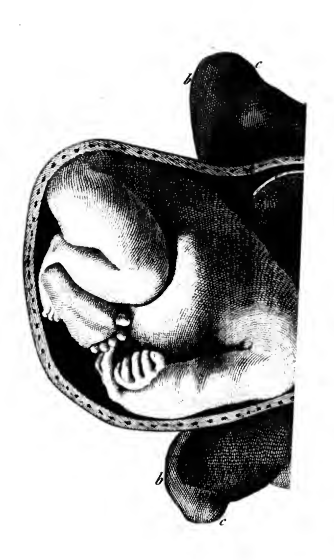
*g*, *g*, le corps des os pubis sciés au-devant des cavités cotyloïdes.

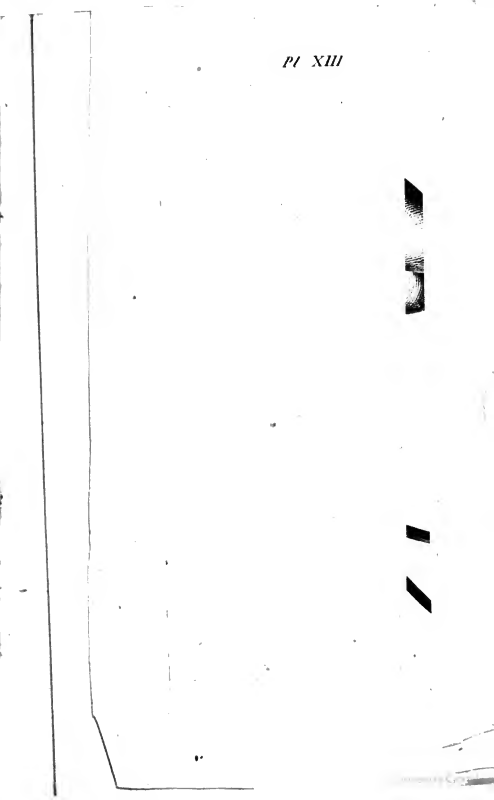
*h*, *h*, *h*, cercle représentant la coupe verticale de la matrice dont on a enlevé la partie antérieure, afin de mettre l'enfant à découvert.

*i*, le menton de l'enfant.

*k*,

*Pl. XII.*






R
Q

*k*, l'extrémité postérieure de la tête.

*l*, *l*, *l*, le lévier appliqué le long du sommet de la tête, et dont l'extrémité porte au-delà de la fontanelle postérieure.

*m*, la partie latérale gauche et inférieure du bassin.

*n*, portion de la partie latérale droite de la cavité utérine. L'on verra ci-après l'usage de ce caractère.

*o*, la main gauche.

*p*, *q*, le doigt index et celui du milieu placés sur les côtés du nez, et appuyés sur la mâchoire supérieure.

*R*, la main droite embrassant l'extrémité du lévier.

Nous avons préféré cette position de la face aux trois autres, parce que c'est celle qui se présente le plus souvent. Quand on ne peut redresser la tête aussi fortement engagée, et la ramener à sa situation naturelle, en y procédant comme nous l'avons recommandé au §. 1343, on applique le lévier tel qu'il est ici représenté, pour entraîner l'occiput marqué par la lettre *K*, jusqu'au point du bassin indiqué par la lettre *m*, tandis que des deux doigts *p*, *q*, on repousse le menton *i*, jusqu'à la lettre *N*. *Voyez* §. 1836 et suivans.

C'est le même but qu'on doit se proposer dans les trois autres positions de la face, dont nous avons parlé dans le corps de cet Ouvrage. Le lévier, lorsque les circonstances en requièrent l'usage, doit être appliqué, relativement à la tête, de la manière dont on le voit sur cette figure, mais différemment à l'égard du bassin; puisqu'il doit être placé tantôt sous le pubis, et tantôt au-devant du sacrum, ou sur l'un des côtés. *Voyez* §§. 1825, 1830, 1836 et 1838.

### *Explication de la treizième Planche.*

Cette figure représente la même coupe verticale d'un bassin, que les autres, et est réduite du même.

Le corps de l'enfant en est entièrement dégagé, et la tête embrassée par le forceps, s'y trouve retenue au détroit supérieur, de manière que l'occiput est sur le pubis, et le bas du front contre la saillie du sacrum.

*a*, *a*, les dernières vertèbres lombaires.

*b*, *b*, *b*, *b*, *b*, les fausses vertèbres du sacrum.

*c*, *c*, *c*, le coccix.

*d*, *d*, le canal des dernières vertèbres lombaires et du sacrum.

*e*, *e*, portion aplatie de la face antérieure du sacrum.

*f*, ligament sacro-ischiatique gauche.

*g*, *g*, *g*, *g*, *g*, tubercules épineux des vertèbres désignées.

*h*, facette cartilagineuse et ligamenteuse du pubis gauche, faisant partie de la symphyse.

*i*, le mont de Vénus.

*k*, *k*, *k*, *k*, cercle représentant la coupe verticale de la matrice, dont on a enlevé le côté droit, pour faire voir la tête et l'instrument.

*l*, *l*, portion du placenta attaché à la partie supérieure et antérieure de la matrice.

*m*, *m*, *m*, la branche femelle du forceps appliquée sur le côté gauche de la tête qui répond au côté droit du bassin.

*n*, *n*, la branche mâle du forceps, appliquée sur le côté gauche du bassin et le côté droit de la tête.

*o*, portion du petit ligament sacro-ischiatique gauche.

*P*, portion de l'os des îles gauche, le reste étant caché par la tête.

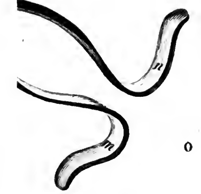
*q*, point jusques où l'on doit abaisser l'extrémité du forceps, en entraînant la tête dans l'excavation du bassin.

*R*, point d'élévation où l'on doit tenir l'extrémité du forceps, quand la tête occupe le fond du bas-


IV.



P




O

sin, et après avoir replacé la face en-dessous, comme il est indiqué aux §§. 1856 et 1857.

Le rapport des dimensions de la tête de l'enfant avec celles d'un bassin bien conformé, est tel, qu'elle pourroit traverser le détroit dans la direction où elle est ; mais elle subiroit des frottemens plus considérables, qu'en passant dans une situation transversale ; ce qui paroîtra bien suffisant pour nous déterminer à la placer ainsi. Cette précaution est des plus importantes, quand le détroit supérieur se trouve un peu resserré de devant en arrière, et il ne faut pas manquer alors de donner à la tête une situation transversale avant de faire le moindre effort pour l'entraîner. *Voyez* §. 1857. On abaisse l'extrémité de l'instrument vers le point *q*, autant que le permettent les parties extérieures de la femme, en même temps qu'on place ainsi la tête, et on continue de le faire à mesure qu'elle descend, en l'inclinant en même temps vers le dessous de la cuisse gauche. Quand la plus grande épaisseur de la tête a traversé le détroit dont il s'agit, on commence à relever cette même extrémité du forceps vers le point *R*, en lui faisant décrire une ligne courbe, dont la convexité regarde la cuisse gauche de la femme, et en faisant rouler la tête de nouveau pour remettre la face en-dessous, et continuer de la dégager comme il est dit au §. 1856.

*Explication de la quatorzième Planche.*

Cette planche représente encore une coupe verticale du bassin ; mais on a supposé qu'il n'avoit dans son entrée que trois pouces six lignes de petit diamètre. La base du crâne y est engagée dans une direction transversale, l'occiput étant tourné vers le côté gauche, et la face du côté droit ; de sorte que la plus grande épaisseur de la tête est encore au-dessus du détroit.

*a*, *a*, les deux dernières vertèbres lombaires.

*b*, *b*, *b*, *b*, *b*, les cinq fausses vertèbres du sacrum.

*c*, *c*, *c*, les trois pièces du coccix.

*d*, *d*, le canal des vertèbres indiquées.

*e*, *e*, *e*, *e*, les apophyse épineuses des mêmes vertèbres.

*f*, *f*, portion de la face antérieure du sacrum.

*g*, ligament sacro-ischiatique gauche.

*h*, facette cartilagineuse et ligamenteuse du pubis gauche faisant partie de la symphyse.

*i*, le mont de Vénus.

*k*, *k*, *k*, *k*, cercle qui indique la coupe verticale de la matrice, dans le même sens que celle du bassin.

*l*, *l*, portion du placenta attaché au fond de la matrice.

*m*, *m*, *m*, la branche femelle du forceps, appliquée sur le côté gauche de la tête de l'enfant, et au-dessous de la symphyse du pubis.

*n*, *n*, *n*, la branche mâle du forceps, appliquée sur le côté droit de la tête et au-devant du sacrum : la position de cet instrument est telle, qu'on ne voit que le bord postérieur de chacune de ses branches, et la face externe de l'une de ses jumelles.

*o*, ligne ponctuée, selon laquelle on doit tirer sur l'instrument pour entraîner la tête dans le fond du bassin.

*p*, point d'élévation où l'on doit tenir l'extrémité du forceps, quand la tête occupe le fond du bassin et après avoir tourné la face vers la courbure du sacrum. En relevant ainsi cette partie de l'instrument, on lui fait décrire une ligne courbe telle qu'elle est indiquée à la fin de l'explication de la treizième planche.

Les cuillers du forceps sont placées selon les principes établis aux §§. 1865 et 1866. On remarque également sur cette planche comment le corps de l'enfant doit être incliné vers la cuisse gauche de la femme pendant l'introduction de l'instrument, et le

temps où l'on entraîne la tête jusque dans l'excavation.

*Explication de la quinzième Planche.*

Cette planche représente un bassin mal conformé, dont le petit diamètre du détroit supérieur n'a que deux pouces sept lignes. La figure de ce détroit y est triple : la première le représente dans son état naturel ; la seconde, les os pubis écartés de dix-huit lignes, et la troisième, avec un écartement de deux pouces et demi ; pour exprimer à l'œil le moins attentif le produit d'ampliation que peut donner la section de la symphyse sur un pareil bassin, aux degrés d'écartement indiqués.

*Figure première.*

*a*, *a*, les deux dernières vertèbres lombaires.
*b*, *b*, *b*, *b*, les apophyses transverses de ces mêmes vertèbres.
*c*, *c*, ligamens qui vont des apophyses transverses de la dernière de ces vertèbres à la partie moyenne et postérieure de la lèvre interne de la crête de l'os des îles.
*d*, *d*, autres ligamens qui descendent de ces mêmes apophyses à la partie supérieure des symphyses sacro-iliaques.
*e*, la saillie du sacrum.
*f*, *f*, les parties latérales de la base du sacrum.
*g*, *g*, portion des os ilium : le reste de ces mêmes os étant caché par la seconde et la troisième figures.
*h*, *h*, le corps des os pubis.
*i*, *i*, l'angle des os pubis.
*k*, *k*, les os ischium.
*l*, *l*, les branches des os ischium et pubis.
*m*, l'arcade des os pubis, qui se voit sur le devant du bassin.

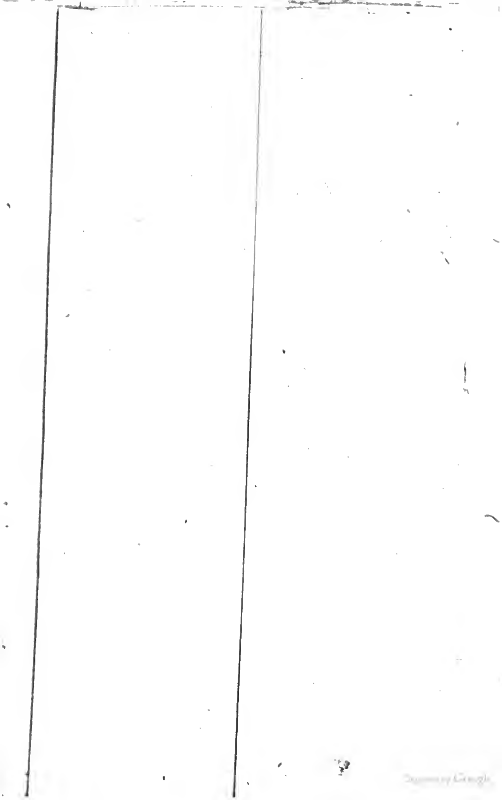
*n*, *n*, les trous ovalaires, masqués par les os pubis de la seconde et troisième figures.
*A*, la symphyse des os pubis, vue en raccourci.
*B*, *B*, les symphyses sacro-iliaques.

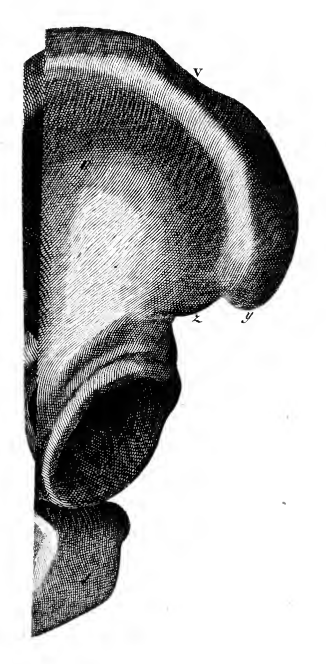
*Figure II.*

*o*, *o*, portion des os ilium.
*p*, *p*, le corps des os pubis.
*q*, *q*, l'angle des os pubis.
*r*, *r*, facettes articulaires des os pubis, vues en raccourci.
*s*, *s*, les os ischium : ils paroissent derrière les trous ovalaires de la troisième figure.
*ſ*, *ſ*, très-petite portion des branches des os pubis.
*t*, *t*, facettes articulaires des os des îles, correspondantes à de semblables qui se remarquent sur les côtés du sacrum.

*Figure III.*

*u*, *u*, les os ilium.
*v*, *v*, la crête de ces mêmes os.
*x*, *x*, angle que forme la lèvre interne de cette crête, dans la partie moyenne et postérieure de sa longueur.
*y*, *y*, les épines supérieures et antérieures des os des îles.
*z*, *z*, les épines antérieures et inférieures des mêmes os.
*&*, *&*, facettes articulaires des os des îles, faisant partie des symphyses sacro-iliaques.
N°. 1, 1, les os pubis.
2, 2, l'angle des os pubis.
3, 3, les facettes articulaires des os pubis vues en raccourci.
4, 4, les os ischium.
5, 5, les branches réunies des os ischium et pubis.
6, 6, les cavités cotyloïdes.




v
u
z
y

Les lignes pleines indiquent la largeur naturelle de ce bassin dans les différentes directions où elles sont tracées et leurs extrémités ponctuées, l'ampliation que le détroit supérieur reçoit dans ces mêmes directions au terme de dix-huit et de trente lignes d'écartement entre les os pubis.

*Ligne I*, diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, ou distance du pubis à la saillie du sacrum ; deux pouces sept lignes.

*II*, diamètre transversal du détroit supérieur, considéré dans le lieu le plus étendu ; quatre pouces sept lignes.

*III*, diamètre oblique du détroit supérieur, qui s'étend du point de ce détroit correspondant au bord antérieur de la cavité cotyloïde gauche, à la jonction sacro-iliaque droite ; trois pouces onze lignes.

*IV*, autre diamètre oblique qui s'étend du point du même détroit qui répond au bord antérieur de la cavité cotyloïde droite à la symphyse sacro-iliaque gauche ; quatre pouces.

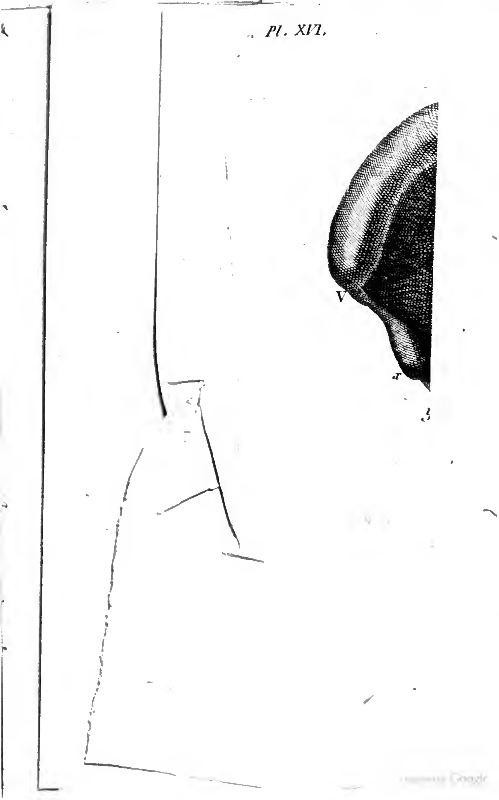
En donnant la moindre attention au rapport de ces dimensions avec celles que la tête d'un fœtus de volume ordinaire, présente dans leur direction au moment de l'accouchement, on voit qu'elles sont très-favorables ; excepté la première, qui est, à la rigueur, de onze lignes trop courte, puisqu'elle n'a que trente-une lignes d'étendue : le diamètre transversal de la tête étant communément de quarante-deux. Ce seroit uniquement dans cette dernière direction, et de l'étendue de onze lignes, qu'il faudroit augmenter la capacité d'un pareil bassin, pour favoriser l'accouchement. Comme la plupart de ceux qui ont pratiqué cette nouvelle opération, n'ont obtenu que dix-huit lignes ou environ d'écartement entre les os pubis, nous l'avons fixé à ce terme sur la seconde figure.

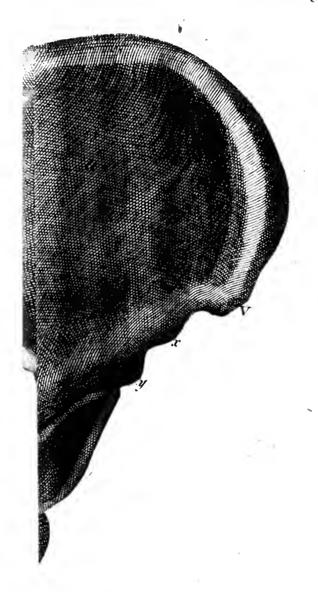
Dans un écartement de cette espèce et sur un bassin parfaitement semblable à celui qui est ici représenté, l'angle de chaque os pubis s'éloigne du centre de la saillie du sacrum de trois lignes ou à-peu-près, au-delà de ce qu'il en étoit distant naturellement. *Voyez* lignes *V* et *VI*. Le diamètre antéro-postérieur ne reçoit que le même accroissement, si on le considère prolongé jusqu'au milieu de la ligne ponctuée *IX*, qui trace la profondeur à laquelle on pourroit présumer que s'engage la convexité latérale de la tête. L'un et l'autre diamètres obliques s'augmentent de cinq lignes en devant, et d'environ deux lignes et demie en arrière; et le diamètre transversal de sept lignes ou à-peu-près.

Il est évident qu'un écartement de dix-huit lignes sur un pareil bassin, ne peut faire cesser la disproportion qui existe entre le petit diamètre du détroit supérieur, et le petit diamètre de la tête de l'enfant; puisque le premier ne s'en trouve augmenté que de trois lignes, considéré sous le point de vue le plus avantageux. L'ampliation que les autres diamètres reçoivent d'un semblable écartement, est absolument inutile; ces diamètres étant naturellement assez grands.

En supposant que les os pubis parcourent un chemin égal, en s'écartant de deux pouces et demi, l'angle de chacun d'eux ne s'éloignera du centre de la saillie du sacrum, que de six lignes au-delà de ce qu'il en étoit distant auparavant; ce qui ne donne encore que six lignes d'accroissement entre ces deux points. *Voyez* lignes *VII* et *VIII*. Le petit diamètre de l'entrée de ce bassin ne s'en accroît pas de beaucoup plus, en le considérant jusqu'au milieu de la ligne ponctuée *X*, *X*, qui trace les bornes au-delà desquelles la convexité de la tête ne sauroit s'engager entre les os pubis, quand le bassin seroit dégarni de toutes ses parties molles : ce qui n'a pas lieu dans le cas de la section du pubis, puisque le col de la ves-

Pl. XVI.




v
x
y

sie, le canal de l'urètre, leur tissu cellulaire, le demi-cercle antérieur de l'orifice de la matrice, et la partie antérieure du vagin se présentent à cet écartement et au-devant de la tête de l'enfant. Le diamètre transversal, au terme de l'écartement indiqué, s'augmente d'environ treize lignes, et chaque diamètre oblique, tant en devant qu'en arrière, de quatorze lignes ou à-peu-près : accroissement superflu, puisque ces diamètres, sur le bassin assigné, ont toute la longueur requise pour l'accouchement.

L'extrémité postérieure des deux diamètres obliques, qui est ponctuée et marquée par les chiffres *XI* et *XII*, indique l'écartement qu'on doit craindre vers les symphyses sacro-iliaques, en éloignant les os pubis de deux pouces et demi. C'est à-peu-près à ce degré que nous avons observé qu'elles étoient entr'ouvertes dans la plupart de nos expériences ; puisque nous y avons introduit librement le bout du doigt, et même du pouce.

En admettant que la convexité de l'un des côtés de la tête de l'enfant, puisse s'engager entre les os pubis écartés de deux pouces et demi, jusqu'au milieu de la ligne ponctuée *X*, *X*, tracée sur cette convexité même, il est évident que cet écartement ne peut procurer le rapport des dimensions nécessaires à la facilité de l'accouchement, lorsque le bassin n'a primitivement que deux pouces six à sept lignes de petit diamètre : d'où il suit que la symphyse du pubis, en supposant qu'on puisse obtenir cet écartement de deux pouces et demi sur la femme vivante, sans l'exposer à de fâcheux accidens, ne conviendroit pas dans le cas d'un bassin semblable à celui qui est représenté sur cette quinzième planche.

*Explication de la seizième Planche.*

Cette planche représente un bassin, qui n'a que quatorze à quinze lignes de petit diamètre dans son

entrée, et quatre pouces dix lignes dans sa plus grande largeur. La forme du détroit supérieur y est triple comme sur la précédente. La première figure le représente tel qu'il est naturellement ; la seconde, les os pubis étant écartés de deux pouces et demi ; et la troisième, de trois pouces. Ces deux degrés d'écartement sont ceux que M. *le Roy* dit avoir constamment obtenus, et assure qu'on peut obtenir sans inconvéniens.

*Figure première.*

*a*, *a*, *a*, les trois dernières vertèbres lombaires.
*b*, la saillie que forme l'union de la dernière de ces vertèbres avec la base du sacrum.
*c*, *c*, les côtés de la base du sacrum.
*d*, *d*, *d*, les apophyses transverses du côté droit des vertèbres assignées.
*e*, *e*. ligament qui s'étend de la première de ces apophyses, à l'angle que fait la lèvre interne de la crête de l'os des îles vers la partie moyenne et postérieure.
*f*, *f*, autre ligament qui descend de cette apophyse à la partie supérieure de la symphyse sacro-iliaque.
*g*, *g*, *g*, *g*, portion des os ilium.
*h*, *h*, le corps des os pubis.
*i*, *i*, l'angle des os pubis.
*k*, *k*, les os ischium.
*l*, *l*, les branches des os ischium et pubis.
*m*, l'arcade des os pubis.
*n*, *n*, les trous ovalaires.
*A*, la symphyse des os pubis.
*B*, *B*, les symphyses sacro-iliaques.

*Figure II.*

*o*, *o*, *o*, *o*, portion des os ilium.

*p*, *p*, le corps des os pubis.

*q*, *q*, l'angle des os pubis écartés de deux pouces et demi.

*r*, *r*, facette cartilagineuse des os pubis vue en raccourci.

*s*, *s*, les branches des os ischium et pubis.

*ſ*, *ſ*, facettes articulaires des os ilium, qui font partie des symphyses sacro-iliaques.

### *Figure III.*

*t*, *t*, les os ilium.

*u*, *u*, la crête de ces mêmes os.

*v*, *v*, les épines supérieures et antérieures des os des îles

*x*, *x*, les épines antérieures et inférieures des mêmes os.

*y*, *y*, les épines antérieures et inférieures des os des îles de la seconde figure.

*ʒ*, *ʒ*, les facettes articulaires des os des îles, faisant partie des symphyses sacro-iliaques.

*&*, *&*, le corps des os pubis.

*N°*. 1, 1, l'angle des os pubis.

2, 2, la facette articulaire de chaque os pubis vue en raccourci.

3, 3, les branches réunies des os pubis et ischium vues en raccourci.

4, 4, les os ischium.

5, 5, les trous-ovalaires, derrière lesquels on voit une portion des os ischium de la seconde figure.

6, 6, les cavités cotyloïdes.

Les lignes indiquent les différens degrés de largeur du détroit supérieur, dans la direction où elles sont tracées; et leur extrémités ponctuées, l'ampliation qu'on doit attendre d'un écartement de deux pouces et demi, et de celui de trois pouces.

*Ligne I*, diamètre antéro-postérieur, ou petit diamètre du détroit supérieur; un pouce deux à trois lignes.

*II*, largeur transversale du même détroit : cette ligne, qui a quatre pouces dix lignes d'étendue, passe au-dessous de la saillie du sacrum.

*III*, distance de la partie moyenne et latérale gauche de la saillie du sacrum, au point de la marge du bassin qui répond au bord antérieur de la cavité cotyloïde de ce côté ; un pouce.

*IV*, distance de la partie moyenne et latérale droite de la saillie du sacrum, au point de la marge qui répond au bord antérieur de la cavité cotyloïde de ce côté ; un pouce huit lignes.

Le rapport de ces dimensions avec celles de la tête d'un enfant de volume ordinaire, est tel que le petit diamètre de celle-ci, toujours supposé de trois pouces et demi, surpasse de vingt-sept à vingt-huit lignes le petit diamètre de l'entrée d'un pareil bassin. Ce bassin seroit assez large dans la direction de la ligne *II*, *II*.

En éloignant les os pubis de deux pouces et demi, on augmente la largeur de l'entrée du bassin d'environ trois quarts de pouce dans la direction de la ligne *II*, *II*, de la même étendue ou à-peu-près dans la direction de la ligne *III*, et de six lignes seulement dans celle de la ligne *IV*. L'angle de chaque os pubis marqué par la lettre *q*, s'éloigne du centre de la saillie du sacrum, de neuf à dix lignes au-delà de ce qu'il en étoit distant avant l'écartement des os : l'entrée du bassin s'accroît de la même étendue dans la direction de la ligne *V*, et d'un demi-pouce seulement selon le trajet de la ligne *VI*. Le petit diamètre, ou la ligne *I*, prolongé jusqu'au milieu de la ligne ponctuée *IX*, *IX*, qui marque la profondeur à laquelle la convexité de la tête de l'enfant pourroit s'engager entre les os pubis écartés de deux pouces et demi, si le bassin étoit dépouillé de toutes ses parties molles ; ce diamètre, dis-je, ne s'augmente alors que de sept lignes ; d'où l'on voit qu'il se trouve encore d'un pouce et demi au moins plus court que le petit diamètre de la tête d'un enfant de grosseur ordnaire.

La section du pubis seroit donc infructueuse sur un pareil bassin, si elle ne pouvoit procurer que deux pouces et demi d'écartement ; ce qui paroît déjà exorbitant. A plus forte raison seroit-elle sans succès, si l'on ne pouvoit éloigner les os pubis que de dix-huit lignes, comme il est arrivé le plus souvent ; puisqu'elle ne rétabliroit pas encore le rapport nécessaire à l'accouchement, quand on pourroit faire tourner cet écartement en entier à l'avantage du petit diamètre du détroit supérieur.

Voyons si un écartement de trois pouces pourra procurer ce rapport.

En éloignant les os pubis de trois pouces, on augmente la largeur du bassin, de douze à treize lignes dans la direction de la ligne *II*, *II*; de dix lignes au plus selon le trajet de la ligne *III*; de sept selon la ligne *IV*; d'environ un pouce suivant la ligne *V*; et de sept lignes selon la direction de la ligne *VI*; l'angle de chaque os pubis s'éloigne d'un pouce du centre de la saillie du sacrum, au-delà de ce qu'il en étoit distant avant l'écartement des os : ce qui augmente l'ouverture du bassin de l'étendue d'un pouce ou à-peu-près dans la direction de la ligne *VII*, et d'un demi-pouce seulement selon la ligne *VIII*. Le diamètre antéro-postérieur de l'entrée de ce bassin, considéré jusqu'au milieu de la ligne ponctuée *X*, *X*, qui marque la plus grande profondeur à laquelle la tête de l'enfant pourroit s'engager entre les os pubis écartés de trois pouces, si le bassin étoit dégarni des parties molles, ne s'accroît que de dix lignes ou environ : ce qui ne sauroit encore faire cesser la disproportion qui existoit avant la section du pubis, entre ce diamètre et l'épaisseur de la tête de l'enfant, qui doit passer dans cette direction. D'où il faut conclure que cette opération seroit également sans succès, si le bassin se trouvoit aussi difforme que celui que nous avons fait dessiner.

Les lignes ponctuées *XI* et *XII*, indiquent l'écar-

tement qu'on doit craindre du côté des symphyses sacro-iliaques, en éloignant les os pubis de trois pouces.

Les deux autres lignes ponctuées, marquées par les caractères *IX*, *IX*, et *X*, *X*, indiquent de combien la tête de l'enfant peut s'engager entre les os pubis écartés aux deux degrés assignés : elles ont été tracées sur la convexité même de la tête appliquée derrière les os pubis dans un bassin décharné.

Malgré le soin que nous avons donné à la perfection de ces planches, nous pensons bien que les partisans de la section du pubis y trouveront beaucoup de défauts, et auront beaucoup d'objections à y faire : nous les attendrons pour y répondre, et quel qu'en soit le succès, l'art n'y perdra rien, et la société y gagnera.

*Figure première.*

Coupe de la partie antérieure du bassin de la femme opérée par M. *Demathiis*, indiquée au §. 2085. La ligne qui traverse la branche descendante du pubis droit, désigne la section dont il a été fait mention au même paragraphe, et les deux points blancs qui sont au-dessus, les deux fragmens de la lame du scalpel, qui se remarquent encore sur la pièce même.

*Figure II.*

Coupe de la partie antérieure du bassin de la femme opérée par M. *Alphonse-le-Roy*, indiquée au §. 2061. La ligne blanche dénote le lieu où la section a été faite sur le pubis gauche.

***Fin du second et dernier Volume.***



